FRANCO BASAGLIA

L'ISTITUZIONE NEGATA

L'ISTITUZIONE NEGATA

Indice

L'istituzione negata

Nota introduttiva alla nuova edizione
di Franca Ongaro Basaglia

Agli inizi degli anni ‘90, quando si stava ancora discutendo e battagliando sulla modifica o la difesa della legge «180» - tanto unanimemente approvata nel 78 quanto avversata al mpmento della realizzazione - avevo sentito la necessità di riprendere la radicalità dei temi e delle pratiche che avevano portato alla sua emanazione. Il dibattito si era appiattito ormai sulla «velleità» di una legge che, nata sotto la spinta di esperienze pratiche che, dall’inizio degli anni ‘60, avevano dimostrato possibile il superamento del manicomio attraverso la creazione di servizi territoriali, lo imponeva senza offrire gli strumenti necessari per attuarlo1. Su questa base, per più di quindici anni la discussione - sia a livello parlamentare sia di opinione pubblica - è ruotata sulla modifica della legge anziché sulla realizzazione di risposte concrete ai problemi2. In tali condizioni il significato più profondo del «rovesciamento istituzionale» attuato era, negli anni, quasi sparito, ridotto ormai a una sterile - se pur necessaria - controversia fra sostenitori e detrattori di una

legge di riforma che appariva senza più legami con il servizio ai cittadini che avrebbe dovuto produrre, consentendo di continuare a non fare nulla sul piano pratico, in attesa di una sua radicale modifica. Si era giunti al paradosso che proprio coloro che, per la prima volta, si erano preoccupati e occupati delle condizioni del malato di mente, venissero accusati di essere responsabili del suo totale abbandono.

Per uscire da questo circolo vizioso che non portava a nulla - non alla creazione dei servizi adeguati che venivano drammaticamente richiesti, non a un cambio di cultura, bensì a un inasprimento generale del problema - avevo iniziato una ricostruzione dei «fatti» (di come, cioè, si era arrivati a una legge sull'abolizione del manicomio, approvata quasi all'unanimità), per far conoscere la qualità del lavoro e il clima che caratterizzava l'esperienza in cui la cosa si era dimostrata possibile.

Non volevo raccontare la storia in prima persona. Tentavo invece una ricostruzione del processo di cambiamento attraverso la scelta di spezzoni di «scritti» che, cronologicamente, dessero un quadro di quanto era avvenuto. A lavoro ultimato mi sono trovata di fronte una cosa morta: parole, giudizi, discorsi, riflessioni che non davano direttamente conto dei fatti, delle cose minute che passo passo si modificavano e del significato che assumevano. Era un «ragionare su» una esperienza -

critica e autocritica - di cui però sfuggivano vitalità, fisicità, fatica, contraddizioni concrete, ansia, difficoltà, affettività, senso dei rapporti e dei legami. Non traspariva, dunque, la vita vissuta in quegli anni a Gorizia e mi pareva che una razionalizzazione dei fatti non servisse a trasmettere il «come» e il «perché» le cose erano state possibili, così che altri potessero procedere. Per me era quésto lo scopo dell'operazione. Dopo tanti fraintendimenti, intenzionali e non *(la malattia mentale non esiste; i nostri malati sono diversi da «questi», i nostri sono veramente gravi, ecc.)*, occorreva far conoscere - a distanza di trent'anni - i problemi quotidiani dell'«apri- re» e del come era stato possibile far tornare la vita in quei luoghi dimenticati e far tornare alla vita «fuori» tante persone cancellate e scomparse.

Lasciai perdere aspettando il momento favorevole alla ristampa dei libri collettivi, nati in corso d'opera, che registravano, in tempo reale, discussioni, giudizi, riflessioni su quelle cose concrete e minute che segnavano il cambiamento e che, per ciò, erano libri «vivi».

Per questo - ora che i manicomi devono essere chiusi - può essere utile per i giovani, per gli studenti, per gli operatori di oggi, ripubblicare quei documenti in cui tante voci raccontano passo passo come si è arrivati a dimostrare queste istituzioni tragicamentè inutili: documenti in cui tutte le domande sono ancora aperte e

ripropongono l'attualità drammatica dei temi allora oggetto di discussioni concrete e di superamento.

L'anno scorso, in questa stessa collana, è stato ristampato *Che cos'è la psichiatria?*. Uscito nel '67, esso fotografa un manicomio che si apre, dando l'avvio a un processo di liberazione che avrebbe messo in moto un altro modo di guardare i problemi della diversità, della chiusura, della custodia, della tutela, della repressione. C'erano, tuttavia, ancora grossi limiti al valore dell'esperienza: due reparti su otto erano ancora chiusi, il manicomio c'era ancora, sia nei fatti che nella possibilità di riconfermarlo o riproporlo. Era dunque una tappa di un processo che doveva proseguire e che avrebbe dimostrato la sua validità nella possibilità, da parte della comunità liberata, di reggere l'apertura totale e nella capacità di gestirne i problemi.

E infatti con *L'Istituzione negata* del '68, che questa problematica esplode con tutta la sua forza, spalancando le porte su un'istituzione, una scienza e una società che mostrano il loro volto denudato nelle sue vergogne più nascoste: la violenza gratuita e disumana nei confronti dei più derelitti, violenza che rendeva disumani violentati e violentatori.

Tutto ha inizio con un «no».

Nella parte introduttiva Franco Basaglia così sintetizza

l'iniziale significato dell'esperienza:

- Noi neghiamo dialetticamente il nostro mandato sociale che ci richiederebbe di considerare il malato come un non-uomo e, negandolo, neghiamo il malato come non-uomo.

- Noi neghiamo la disumanizzazione del malato come risultato ultimo della malattia, imputandone il livello di distruzione alle violenze dell'asilo, dell'istituto, delle sue mortificazioni e imposizioni; che ci rimandano poi alla violenza, alla prevaricazione, alle mortificazioni su cui si fonda il nostro sistema sociale.

- La depsichiatrizzazione è un po' il nostro leit-motiv. E il tentativo di mettere fra parentesi ogni schema, per agire in un terreno non ancora codificato e definito. Per incominciare non si può che negare tutto quello che è attorno a noi: la malattia, il nostro mandato sociale, il ruolo. Neghiamo cioè tutto ciò che può dare una connotazione già definita al nostro operato. Nel momento in cui neghiamo il nostro mandato sociale, noi neghiamo il malato come malato irrecuperabile e quindi il nostro ruolo di semplici carcerieri, tutori della tranquillità della società.

- Non è che noi prescindiamo dalla malattia, ma riteniamo che, per avere un rapporto con un individuo, sia necessario impostarlo indipendentemente da quello

che può essere l'etichetta che lo definisce... Nel momento in cui dico: questo è uno «schizofrenico» (con tutto ciò che, per ragioni culturali, è implicito in questo termine) io mi rapporto con lui in modo particolare, sapendo appunto che la schizofrenia è una malattia per la quale non c'è niente da fare: il mio rapporto sarà solo quello di colui che si aspetta soltanto della «schizofrenicità» dal suo interlocutore... Per questo è necessario avvicinarsi a lui mettendo fra parentesi la malattia perché la definizione della sindrome ha assunto ormai il peso di un giudizio di valore, di un etichettamento che va oltre il significato reale della malattia stessa. La diagnosi ha il valore di un giudizio discriminante, senza che con ciò si neghi che il malato sia in qualche modo malato. Questo è il senso della nostra messa fra parentesi della malattia, che è messa fra parentesi della definizione e dell'etichettamento. Ciò che importa è prendere coscienza di ciò che è questo individuo per me, quale è la realtà sociale in cui vive, qual è il suo rapporto con la realtà. Per questo le riunioni sono importanti, perché sono il terreno in cui è possibile un confronto al di là di ogni categorizzazione.

Su questa negazione - che è rifiuto della negazione del malato mentale attuata dalla psichiatria nell'occuparsi di una definizione astratta che in qualche modo la

deresponsabilizza - si gioca tutta la partita. Si tratta di una negazione radicale che comprende l'istituzione, la malattia come etichettamento, la psichiatria, la gerarchia, i ruoli, la società, partendo dall'analisi di ciò che produce il potere «*come fonie di regressione, malattia, esclusione e istituzionalizzazione a tutti i livelli*».

Da questo si può ben comprendere l'impatto avuto dall'uscita de *L'Istituzione negata* nel '68, dato che Gorizia, fin dagli inizi degli anni '60, rappresentava nella pratica lo smascheramento della presunta neutralità della scienza, una messa in discussione concreta di ciò che i giovani stavano rifiutando della loro vita, nella rottura degli schemi, dei ruoli, dell'autorità e nella prefigurazione della «fantasia al potere».

Ma, come si è imparato, ogni negazione è possibile, nella pratica, se insieme costruisci altro: nel rovesciamento asilare se, insieme, si cercano altri modi, altri strumenti, altri progetti di vita che, partendo da una realtà chiusa e totalizzante (l'Istituzione Totale di Goffman), siano capaci di produrre una tutela che non si appropri del tutelato, ma che parta dal riconoscimento o dalla conquista di diritti perduti o mai avuti («*Una riabilitazione è possibile soltanto partendo da questo fatto reale: il malato [internato] è un uomo senza diritti e discutiamo con lui il suo essere senza diritti*»). Sono i primi passi verso un concetto di salute e di malattia che si

rapporti anche alle condizioni di vita della persona; che rifiuti il carattere punitivo della terapia pur agendola; che accetti di muoversi nell'incertezza e nell'ansia in cui ci si trova a operare quando il ruolo non ti ripara, non ti difende. Consapevoli del fatto che è questa incertezza, questa uscita dal ruolo pur giocandolo, che consente di procedere nelTaffrontare la natura vera dei conflitti, spostandoli a livelli sempre più comprensibili e condivisibili. *L'Istituzione negata* è dunque la registrazione di una discussione continua e di una riflessione di tutti con tutti (degenti, operatori, medici, psicologi, infermieri, assistenti sociali, volontari, visitatori) su tutti i problemi che si aprono aprendo porte e cancelli, ma aprendo insieme mente, capacità affettiva, ragione ed etica.

I temi sono vari: contenzione, punizione, apertura dei reparti (all'apertura del primo reparto un infermiere commenta «*Non è successo niente, assolutamente niente di quello che si pensava*»); i farmaci (*servono a sedare l'ansia del malato ma anche dello psichiatra, quindi possono consentire una maggiore possibilità di rapporto a entrambi i poli*); il problema degli infermieri (unirsi all'«avanguardia» o rafforzarsi nella «reazione»?); le fughe («fuggire da un luogo aperto non ha nessun senso»); la birra, il lavoro, il denaro, il senso della vita, gli affetti, la solitudine, i legami, la responsabilità di ognuno e del

gruppo, i progetti, i ruoli, il potere. Ma il punto centrale resta l'ultimo reparto: «...*l'isola in cui è rappresentata la norma e questa norma bisogna infrangerla, non c'è niente da fare!*». Il tutto con la lucida consapevolezza del fatto che ogni momento di liberazione è un punto di passaggio; che si segue un percorso accidentato nello sforzo di aprire la contraddizione a un livello diverso; che se cala la tensione reciproca verso il superamento, il rischio della cristallizzazione, della chiusura, della manipolazione, quindi della distanza, dell'inerzia e dell'oggettivazione è sempre in aggtiato; che la tendenza ad acquietarsi e difendersi con nuovi schemi è la soluzione più semplice per l'operatore e per l'istituzione, ma è deleteria per chi si pretende di curare.

E dunque una continua ricerca di affrontare i problemi, di non mistificarli con false risposte, di reggere il conflitto che ogni soggetto produce e il rischio della libertà del malato come prima e unica possibilità di reciprocità per chi, comunque, sa di detenere il potere anche di «aprire» e di «rovesciare», quindi sa di essere un'«avanguardia» che insieme forza le cose e si nega come pura autorità. (Ne è un esempio la decisione per l'apertura dell'ultimo reparto, il «C Donne», su cui si discuteva ormai da troppo tempo, senza riuscire a fissare una data. «*Così la sera del 21 novembre, nella riunione settimanale di tutte le infermiere, il direttore chiese:*

perché non domani? e nessuno volle opporsi»). Ed è una continua autocritica sul rischio del democraticismo, del riformismo psichiatrico, della proposta di un nuovo modello che fisserebbe la situazione in evoluzione e riproporrebbe schemi, ruoli rigidi, nuove forme di autodifesa dall'una e dall'altra parte. Dunque non è un'apologia della Comunità Terapeutica, ma la proposta di una messa in discussione (contestazione, verifica, confronto) della realtà in ogni momento in cui la si vive. «E il tipo di rapporto che viene a instaurarsi all'interno di questa comunità che la renderà terapeutica, nella misura in cui riuscirà a mettere a fuoco le dinamiche di violenza e di esclusione presenti nell'istituto, così come nell'intera società».

Ciò che sorprende a trent'anni di distanza è comunque il rispetto che si percepisce fra le persone, l'unione - pur nei contrasti, negli atti di rottura, nelle resistenze e nelle incapacità - che lega tutti in un'esperienza, una finalità comune: dimostrare che è possibile rompere le istituzioni totali ridando ad esse la finalità formalmente dichiarata: la cura, l'accoglienza, l'aiuto, il sostegno. Ma solo a patto che si rompano il potere e la distanza fra chi dà e chi riceve e che si possa cercare insieme la via, al di fuori dei vecchi schemi: l'oggettivazione, l'esclusione, l'annientamento dell'altro, la cancellazione di ogni diritto, bisogno e desiderio, l'annullamento di ogni resistenza

soggettiva capace di incrinare l'«ordine», impedendo un'assunzione di responsabilità reciproca. Che cosa significa, infatti, «*la nostalgia del buon tempo andato* (l'ospedale chiuso) - riferita da un paziente a un medico - *quando, trasferito nel reparto agitati, poteva girare nudo, masturbandosi di fronte agli altri, regredire in una contestazione sfrenata?*», se non una nuova responsabilità di sé e verso il gruppo? Che altro significato possono allora assumere tutte le forme di regressione imputate alla malattia?

* * *

Il volume chiude con un'analisi politica dell'esperienza, analisi che, pur presente fin dall'inizio, qui presenta accenti pessimistici su una possibile evoluzione in grado di intaccare il concetto di norma, la funzionalità delle istituzioni al sistema sociale ed economico, ai valori della società. Alla ricerca di individuare una faccia della malattia che non sia ancora, anche all'esterno, la faccia «istituzionale», «*l'istituzione è contemporaneamente negata e gestita,, la malattia è contemporaneamente messa fra parentesi e curata, l'atto terapeutico viene contemporaneamente rifiutato e agito. E questo il senso del carattere controtransferale della nostra negazione, o è espressione dei limiti nei quali la nostra azione è*

costretta oltre i quali non c'è altra alternativa?». Ma di che qualità è la comunità negata e gestita, la messa fra parentesi e la cura della malattia, l'atto terapeutico rifiutato e agito, se la qualità non è un fine ma è la sostanza stessa del lavoro, di ogni lavoro con la persona? In che modo tutto questo ha reso possibile rompere il manicomio e la sua logica? E se è così, come agire più fortemente sull'ideologia scientifica che determina la norma, la malattia, la sua istituzione nel modo in cui la conosciamo?

«*La carriera istituzionale è ciò che chiude - a tutti i livelli ciascuno nel cerchio della propria competenza. Tentare di uscirne può significare essere trasferiti in un'altra istituzione o essere ricacciati nella propria: il gioco è sempre lo stesso. La nostra attuale condanna è di dover continuare a vivere e ad agire per la conservazione dell'istituzione e del sistema? O l'apertura politica del problema ci dà una possibilità di uscita?*».

Sono ancora domande che aprono nuove prospettive e nuove alleanze ma anche la strada verso Trieste, dove saranno riproposte ad un livello diverso, in un manicomio che via via sarà reso inutile con il crearsi di altri modi di affrontare la sofferenza mentale che porteranno in sé nuove contraddizioni, nuove domande per gli operatori, per chi ha bisogno dei servizi, per la psichiatria, per la

società: problemi che riguardano sempre il rapporto fra norma e società, ideologie scientifiche e diritti delle perspne, che reclamano un nuovo concetto di salute e di malattia, di normalità e di follia, nuove risposte sociali e di relazione oltre che sanitarie.

Presentazione

Il materiale raccolto in questo volume si presenta come un insieme di documenti e di appunti che vogliono essere l'espressione concreta di una realtà istituzionale in rovesciamento, con le contraddizioni in essa implicite.

La tinta polemica ed eversiva evidente nelle testimonianze (di malati, medici, infermieri e collaboratori) non è casuale, perché l'azione ha preso l'avvio da una realtà che non può che essere violentemente rifiutata: il manicomio. Il rovesciamento di una realtà drammatica ed oppressiva, non può dunque attuarsi senza una violenza polemica nei confronti di ciò che si vuol negare, coinvolgendo nella critica i valori che consentono e perpetuano l'esistenza di una tale realtà.

Per questo il nostro discorso antistituzionale, antipsichiatrico (cioè antispecialistico) non può mantenersi ristretto al terreno specifico del nostro campo d'azione. La polemica al sistema istituzionale esce dalla sfera psichiatrica, per trasferirsi alle strutture sociali che lo sostengono, costringendoci ad una critica della neutralità scientifica, che agisce a sostegno dei valori

dominanti, per diventare critica e azione politica.

Sarebbe forse più semplice restare nel proprio terreno d'azione e di studio, mantenendo la distanza - indispensabile all'analisi scientifica - fra indagatore e oggetto d'indagine. Il lavoro scientifico, finché si mantiene all'interno dei valori di norma, è serio e rispettabile in quanto si premunisce e si garantisce dal venir contraddetto e negato dalla realtà. Ma se un lavoro si fonda sulla realtà e sulle sue contraddizioni, senza voler costruire un modello che confermi e codifichi le proprie ipotesi, porta con sé il rimprovero di dilettantismo velleitario rispetto a tutto ciò che non è ancora incluso nella norma, e conduce alla contraddittorietà di una situazione dialettica, sempre in movimento.

Questa è l'azione di rovesciamento istituzionale che medici, psicologi, sociologi, infermieri e malati hanno proposto e provocato in un ospedale psichiatrico, contestando sul piano pratico la condizione manicomiale. Riferendosi anche ad esperienze straniere (in particolare a quella inglese di Maxwell Jones) si è proceduto - attraverso critiche successive - alla negazione della realtà manicomiale, mettendo in evidenza l'ambigua posizione di una comunità come microsocietà che vuole costituirsi su premesse pratiche e teoriche in opposizione ai valori dominanti.

Siamo giunti ad un momento che giustifica la messa in

crisi di una situazione: la realtà manicomiale è stata superata - con tutte le sue implicazioni pratico-scientifiche - e *non si sa quale potrà essere il passo successivo.* Nelle esperienze straniere cui ci si è, all'inizio, riferiti, si riconoscono - anche se non denunciate - le stesse contraddizioni, le stesse incapacità. Le uniche alternative possibili, a noi quanto a loro, sono quelle di rinchiudersi nell'ambito istituzionale, con l'inevitabile involuzione di un movimento dinamico che si fissa e si cristallizza; o di tentare di estendere la nostra azione alla discriminazione ed esclusione che la società ha imposto al malato mentale. Come non risalire dall'escluso all'escludente? Come agire dall'interno di un'istituzione su ciò che la determina e la sostiene?

Le discussioni, le polemiche, gli appunti raccolti nel volume, hanno solo questo significato: l'analisi di una situazione che cerca un successivo superamento uscendo dal suo campo specifico e tentando di agire sulle contraddizioni sociali.

La condizione dello psichiatra è, nella nostra realtà, più evidente rispetto ad altre, nel senso che il contatto diretto con la vistosa condizione di violenze, sopraffazioni e soprusi, richiede la violenza al sistema che li produce e li permette: *o sì è complici, o si agisce e si distrugge.*

Questo atteggiamento radicalmente critico di ciò che la scienza ha fatto del malato mentale, può essere

considerato anarchico poiché rifiuta di etichettarsi da sé, utopistico perché nega ogni definizione e classificazione; ma ci convince ad impiegare parole di « rivoluzione » e « avanguardia » che possono suonare come svuotate e consumate nel loro significato. È la durezza della realtà in cui si agisce che ci trasmette questa violenza e ci suggerisce e impone di usare questi termini, convinti come siamo di non fare della «letteratura rivoluzionaria».

Il senso del volume vuole essere soltanto l'analisi di una serie di problemi, che non sono problemi psichiatrici particolari, per dimostrare come un'azione - carica di tutte le sue contraddizioni - sia possibile all'interno di un'*istituzione della violenza*, e come quest'azione ci rimandi alla violenza globale del nostro sistema sociale.

È troppo facile all'*establishment* psichiatrico definire il nostro lavoro, come privo di serietà e di rispettabilità scientifica. Il giudizio non può che lusingarci, dato che esso ci accomuna *finalmente* alla mancanza di serietà e di rispettabilità, da sempre riconosciuta al malato mentale e a tutti gli *esclusi*.

FRANCO BASAGLIA

Introduzione documentaria
a cura di Nino Vascon

> «... Perché prima quelli che erano qui pregavano di morire. Quando moriva uno qui una volta suonava sempre la campana, adesso non usa più. Quando suonava la campana tutti dicevano: oh Dio, magari fossi morto io, dicevano, che sono tanto stanco di fare questa vita qui dentro. Quanti di loro non sono morti che potevano essere vivi e sani. Invece avviliti, perché non avevano nessuna via di uscita, non volevano più mangiare. Gli buttavano giù il mangiare per il naso con la gomma, ma non c'era niente da fare, perché si trovavano chiusi qui dentro e non avevano nessuna speranza di uscire. Come una pianta quando è arsa perché non piove e le foglie appassiscono, così era qui la gente ».

Questo breve racconto è di un uomo cieco, che chiamerò Andrea, da molti anni ricoverato nell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia; leader di un piccolo gruppo di anziani, ha passato la maggior parte della vita dentro al recinto dell'ospedale o, addirittura, dentro ad un reparto senza mai uscire. Questi vecchi sono italiani, ungheresi, sloveni, austriaci, rappresentanti cioè alcune nazionalità del dominio asburgico in disfacimento; confinati cinquanta- sessant'anni fa dagli amanuensi dell'« imperiai

regio governo » a colpi di timbri, bolli e firme all'ultimo remoto angolo della società: quello riservato agli esclusi. Andrea è un uomo alto, vecchio, cieco e in gioventù faceva il muratore. Fra i ricoverati a Gorizia è uno dei più anziani e gode del rispetto degli altri e di una certa autorità. Siccome è cieco sta sempre a testa alta, con il petto in fuori e le spalle indietro, le mani e le braccia protese in avanti: altero, non vinto. Sopravvissuto testimone di fatti remoti, il ricordo dei quali non lo abbandona, egli, come il reduce, fa del suo trascorso dolore una benemerenza.

Le sue parole sono del tutto spontanee, perché non sapeva che io le registravo, perché essendo cieco non ha mai visto un microfono e un magnetofono, perché essendo vecchio non ha idee su questi strumenti e pur non ignorando la loro funzione essi non suscitano in lui alcuna inibizione. Il suo racconto può quindi definirsi autentico e serve legittimamente di apertura volendo descrivere una nuova situazione psichiatrica qual è quella di Gorizia. Le parole di Andrea sono anche l'inizio di un documentario radiofonico che ho realizzato per la RAI, qualche tempo fa, sfruttando un momento di entusiasmo e di attrazione per l'argomento, sollecitato anche dai racconti delle esperienze professionali di Franco Basaglia. Da allora ho continuato ad interessarmene anche se in maniera discontinua e attraverso momenti di alterno interesse ora

maggiore, ora minore, mosso da una attrazione-repulsione per l'argomento.

Il primo spontaneo interesse altro non era che la logica conseguenza di una attitudine e di una esigenza professionale: la ricerca cioè del fatto nuovo. Essendo in effetti quello di Gorizia un esperimento unico in Italia, descrivere la sua organizzazione e la sua funzione m'era sembrato un buon argomento di attualità giornalistica e un'avvincente proposta per gli ascoltatori. Ma non solo questo: nella scelta giocava anche, come emozionante prospettiva, la possibilità di penetrare nel manicomio (uso non a caso questo termine) ed avere contatto con quel particolare tipo di ammalato che nel manicomio si presuppone di trovare. Questo dipendeva dal fatto che condividevo l'opinione della maggioranza per gli Ospedali Psichiatrici Provinciali e che, per superficiali esperienze avute in precedenza essi mi apparivano come qualcosa che stava tra la prigione e la clausurà: luoghi insoliti che sollecitano il sottile piacere della violazione. Analizzando il mio primitivo comportamento direi che l'atteggiamento del^cittadino medio verso l'ammalato di mente, quando non sia di paura o di schifo, può essere genericamente benevolo attraverso alcune ipotesi tradizionali e suggestive: nel genio c'è un pizzico di follia, la follia è geniale, ecc. Anche per me, in sostanza, i primi motivi di attrazione verso il manicomio erano

questi. E c'era anche la speranza di poter riconoscere nell'ammalato, che mi preparavo ad incontrare, un qualche elemento che giustificasse o gratificasse la mia buona propensione verso di lui. Avevo già vissuto questi sentimenti, senza analizzarli, ammirando le pitture di malati esposte in una galleria d'arte e nell'atelier di un manicomio. Le interpretavo come emozionanti testimonianze di insondabili movimenti dello spirito e meravigliosi prodotti di una fantasia non controllata, oltre che fatti vagamente e piacevolmente inquietanti e ossessivi. Solo dopo l'incontro con Gorizia ha potuto realizzare che questi meccanismi non erano diversi da quelli che usa il bianco quando tenta di escludere il negro nei paesi dove la coesistenza razziale è impossibile o non è mai esistita. In questa situazione il bianco culturalizzato si pone di fronte al problema negro dando libero sfogo al suo senso di colpa - soffro per la condizione del negro e forse molto più del negro - e attenua questo sentimento attraverso la accettazione, conoscenza e ammirazione per la poesia negra, per il canto negro, per la élite negra. A livello borghese il negro poeta, musicista, scrittore è - direbbe Fa- non - meno nero del facchino, del venditore di tappeti, del contadino africano. Nel momento nel quale il bianco sta per operare un'apertura non si rende conto che ricrea una esclusione. Nella stessa maniera si sono salvati il grande musicista e il famoso scienziato ebrei, strappati

al furore nazista con pericolosi stratagemmi e messi in salvo prima degli altri, perché più meritevoli, più rappresentativi del calzolaio o dello straccivendolo del ghetto.

In sostanza questa serie di atteggiamenti altro non sono che una somma di equivoci per nascondere un senso di colpa, e una elegante scappatoia per nascondere la paura e lo schifo, un modo per evitare di condividere le posizioni ideologiche della maggior parte della società verso l'escluso, sfuggendo una precisa presa di posizione. In realtà la situazione del malato di mente in Italia è vergognosa: egli è l'unico malato che non ha diritto ad essere malato perché è definito « pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo». Noi lo chiudiamo dietro le sbarre e cancelli e, per dimenticarci il suo problema, lo trasformiamo in un « pacco », come dirà un'ammalata di Gorizia. In sostanza ne facciamo un uomo-oggetto affidato al gioco della sorte: se ha denari, passando attraverso il dedalo delle cliniche, eviterà l'infamante caduta del timbro sulla sua fedina penale, se non ne ha, finirà nel ghetto degli esclusi.

Tutti sappiamo quanto sia trasandato e moccioso lo scemo del villaggio, trattato più come una bestia che come una creatura, deriso dai ragazzotti e citato come bau- bau per i più piccini, ma quando penetriamo in un manicomio l'insopportabile odore dei reparti chiusi (l'odore del

manicomio), la bolgia delle voci, bava e saliva alla bocca dei degenti, il camice grigio, i capelli a zero, sono gli elementi del paesaggio della malattia mentale nel paese che ha gli Uffizi, Portofino, la stanza degli sposi, Capri, Venezia, Roma.

Alcune testimonianze di vecchi degenti servono a descrivere quale fosse, alcuni anni fa, lo stato delle cose a Gorizia, ma valgono di esempio anche per molti ospedali psichiatrici italiani. Qui è utile una considerazione: gli ospedali psichiatrici sono gli ospedali più poveri. Nelle istituzioni provinciali italiane vanno i poveri, in quanto se appena le famiglie possono permettersi qualche spesa e hanno intenzione di difendere il loro congiunto, lo consegnano ad una clinica privata o lo tengono in casa. Ma quando le condizioni del bilancio familiare non lo consentono o quando venga a mancare la coesione del gruppo, e la comune volontà verso il congiunto, l'Ospedale Psichiatrico diventa anche per l'ammalato di « buona famiglia » l'ultimo rifugio.

Il bilancio delle amministrazioni provinciali non è certo florido, ma in ogni caso spese più attraenti, più appariscenti e molte volte elettoralmente più valide hanno diritto di precedenza su quèlle per il manicomio.

Il primo dei degenti ricoverati a Gorizia da molti anni, che abbiamo intervistato, è stato appunto Andrea.

D Insomma lei dice che adesso qui la situazione è cambiata...

ANDREA C'è una grande differenza. Si perché una volta qui eravamo chiusi, chiusi con la rete e non basta chiùsi, eravamo anche messi in soggiorno in ottanta e non trovavamo neanche sedili, dovevamo gettarci per terra. Non potevamo nemmeno andare in cesso. Dopo c'era che... alle cinque della sera cenare e subito a letto, anche d'estate, piena estate, quando c'erano ancora tre ore di sole. E ci mandavano a letto, col boccone in bocca. Io uscivo fuori a prendere un po' d'aria nel cortile e subito veniva qualcuno a prendermi.

D Ma in che senso le cose sono cambiate...

ANDREA Dal giorno alla notte. Perché all'inizio che abbiamo aperto queste assemblee, anzi io sono stato presidente per un mese e dopo ancora, nessuno apriva la bocca, tutta la gente era come intimorita, spaventata. Non aveva coraggio di parlare, io che ero presidente li pregavo: avete qualcosa da dire, parlate, siamo qua per questo, se avete lagnanze ditele; ma nessuno apriva la bocca. Questo perché erano intimoriti dopo esser stati tanti anni chiusi... È stato tutto il direttore che ha fatto queste cose... Ma il primo è stato il dottor Slavich che è venuto al reparto C e dice: avanti, prendete dieci o quindici ammalati e

portateli a spasso, per la colonia...

D Era la prima volta che uscivate?

ANDREA Sì, era la prima volta che uscivamo, con il dottor Slavich che è venuto anche lui con il direttore. Allora tutti andavano a spasso. E alla gente che pareva di essere risuscitati. C'era subito un altro spirito, un altro andamento, poi anche il dottore prendeva su qualcuno con l'auto e lo portava un po' a spasso per la colonia chiacchierando e ogni giorno di più ci mandava a spasso.

D Sicché lei ritiene che questo spirito di libertà abbia fatto bene?

ANDREA Benissimo, benissimo, perché prima quelli che erano qui pregavano di morire. Quando moriva uno qui una volta suonava sempre la campana, adesso non usa più. Quando suonava la campana tutti dicevano: oh Dio, magari fossi morto io, dicevano, che sono tanto stanco di fare questa vita qui dentro. Quanti di loro non sono morti che potevano esser vivi e sani. Invece avviliti, perché non avevano nessuna via di uscita, non volevano più mangiare. Gli buttavano giù il mangiare per il naso con la gomma, ma non c'era niente da fare, perché si trovavano chiusi qui dentro e non avevano nessuna speranza di uscire. Come una pianta quando è arsa perché non piove e le foglie appassiscono, cosi era qui la gente.

D Anche per la malattia è stato un giovamento...

ANDREA Si capisce, altroché! Ci sono tanti qui dentro che non vogliono andare a casa adesso. Stanno bene qui. lina volta passava il dottore e tutti: signor dottore, mi mandi a casa! Come condannati, a pregare. Ma il dottore passava via diritto senza badare...

Un'altra testimonianza che mi ha immediatamente colpito è stata quella di Margherita.

D E allora mi dica, com'era l'ospedale una volta?

MARGHERITA Una volta l'ospedale era triste, eravamo tristi.

D C'erano le sbarre, le porte chiuse?

MARGHERITA Si, c'erano le reti; ha cominciato col nostro reparto a togliere le reti, ci ha levato i corpetti, insomma diverse cose ha fatto...

D Ma questi corpetti li avevate addosso tutto il giorno?

MARGHERITA Tutto il giorno, dalla mattina alla sera e anche alla notte ci legavano a letto i piedi, le spalle, tutto, come il Signore in croce...

D E questo vi faceva male...

MARGHERITA Altroché che mi faceva male! Perché anche una persona che è proprio persa, credo che non gli fa bene trovarsi così.

D Fuori non andavate mai?

MARGHERITA No, fuori non andavamo mai. Non andavo

neanche a lavorare io quella volta, perché avevano paura che cominciassimo a rompere...

D Neanche in giardino?

MARGHERITA Sì, in giardino andavamo, ma eravamo legate anche in giardino. Quando erano belle giornate che c'era il sole ci legavano in giardino. Io ero tante volte legata intorno alla panchina, all'albero che c'è in corte. Mi legavano sempre li.

D Perché vi legavano?

MARGHERITA Perché quella volta si vede che non c'era quella cura come adesso, si, c'era ma si vede che il professore di prima non la usava. Invece adesso è venuto Basaglia e quella cura che fa adesso ha migliorato al cento per cento l'ospedale.

D Adesso è tutto aperto, lei può andare e venire quando vuole?

MARGHERITA Si, adesso si, mentre prima non potevo,non ci lasciavano.

D Ma come vi legavano?

MARGHERITA Col corpetto, colla camicia di forza. Dopo anche i piedi ci legavano. A me mi legavano i piedi con le cinghie di cuoio.

D Perché?

MARGHERITA Perché saltavo, ero discola, saltavo, mi piaceva, insomma loro credevano che fossi cosi ammalata e mi legavano. Quella volta non si poteva

accusare a un medico: guardi che quell'infermiera ci maltratta che subito ci legavano, dovevamo lasciare che ci trattino come vogliono loro e tacere. Adesso invece è tutto differente.

D Insomma c'era un senso di ribellione dentro e non potevate sfogarvi.

MARGHERITA Si. Perché avevamo anche paura di venir legate e dopo ci facevano anche delle maschere... D Maschere come?

MARGHERITA Ci mettevano un lenzuolo bagnato intorno alla faccia e dopo stringevano forte, forte e ci buttavano acqua sulla faccia, roba che restiamo morte!

D Questo è successo anche a lei?

MARGHERITA Anche a me sì, purtroppo è successo anche a me. E dopo dormivo anche in gabbia chiusa di notte. D Come in gabbia?

MARGHERITA Perché avevamo i letti con la rete intorno e c'erano i lucchetti parte per parte, ed io ero chiusa dentro.

D Come un uccello o un leone...

MARGHERITA Allora qualche volta mi ribellavo siccome ero stufa di stare chiusa, e siccome c'era lo spago allora cominciavo a slegare la rete per scappare fuori, perché loro non volevano aprirmi...

D E quanto tempo ci stava dentro a questa gabbia che copriva il letto?

MARGHERITA Per tutta la notte. Andavamo a dormire alle sei di sera, fino alla mattina. D Che stato d'animo le dava il fatto di stare dentro alla gabbia?

MARGHERITA Mi faceva male perché vedevo che tutti erano liberi e io sola chiusa nella gabbia...

D E allora cosa faceva, gridava?

MARGHERITA Si, gridavo e dopo disfavo la rete per scappare fuori, camminavo con la rete, la portavo coi piedi per venire fuori...

D E più ne faceva, più gli altri pensavano che lei fosse ammalata?

MARGHERITA Si, e dopo ci legavano. Se facevamo qualcosa di più ci legavano cosi non potevamo muoverci...

D Sicché quando hanno levato le reti...

MARGHERITA Abbiamo pensato che ci pareva una cosa strana dopo tanti anni trovarci cosi e tutto ad un tratto cavarci via ci sentivamo sollevati.

D Contenti?

MARGHERITA Contenti e come!

D Vi sarà parso strano andare fuori?

MARGHERITA Sì anche strano perché sempre dentro, dentro, dentro e dopo vedere che hanno tolto le reti, poter camminare...

D E adesso lei cosa fa nella comunità?

MARGHERITA Vado anche a canto due volte alla

settimana. Al pomeriggio vado a scuola e come lavoro vado a fare l’elettroencefalogramma. Su in direzione. Metto la cuffia con i diversi elettrodi che si mettono in testa. Come una specie di elettrocardiogramma solo che viene fatto alla testa. D E fa altri lavori?

MARGHERITA Qui in reparto lavoro sempre ai ferri, perche non posso stare senza far niente se no mi viene il nervoso.

D Lavora all’elettroencefalogramma come impiegata, come assistente?

MARGHERITA Come assistente alla tecnica.

D Ha imparato bene allora...

MARGHERITA Sì e sono gelosa, non voglio insegnarlo a nessuno perché piace a me. D Questo è il suo lavoro, poi come attività di svago va alla musica?

MARGHERITA Sì, vado alla musica e due volte alla settimana abbiamo canto e al sabato c’è il cinema e la domenica il ballo e facciamo qualche gita...

D Secondo lei una volta per quale ragione vi legavano?

MARGHERITA Una volta ci legavano perché non c’era la cura che si fa adesso. Sì, c’era ma non la usavano.

D Adesso che si fa la cura, non si lega più. Allora per lei le pillole sono come il corpetto?

MARGHERITA Penso di sì, perché quelle tengono calmi. Se non basta una gliene dà due, tre e intanto la persona si calma...

D Quindi se non ci fossero le pastiglie sarebbe come prima...

MARGHERITA Sarebbe come prima. Basta vedere come basta una parola e subito cominciano a saltare su...

D Senta, ma lei adesso prende pastiglie?

MARGHERITA Io no.

D E una volta era legata. E allora?

MARGHERITA Una volta ci facevano ben altro, ci facevano l'elettroshock...

D Ma non crede che il fatto di essere libera, di andare a lavorare, di non essere più legata, costretta, sia stato questo che le ha fatto bene?

MARGHERITA Questo sì è stato.

D O le medicine?

MARGHERITA No, non è stato questo perché io non prendo più medicine eppure... mi sento meglio.

D Allora bisogna pensare che sia stato questo senso di libertà...

MARGHERITA Sì, il senso di libertà, perché una persona a trovarsi chiusa viene il nervoso anche se non lo è nervosa, trovarsi chiusa, vedere che non può far questo e quell'altro e invece si sente di fare...

D Ci sono altre ammalate qui che erano come lei costrette?

MARGHERITA Si, ce ne sono diverse, adesso vanno a lavorare, al bar, al cinema.

Ed ecco l'intervista con Carla, una delle degenti più note e più ascoltate nell'ospedale.

D Lei ha avuto una vita molto complicata e difficile... È stata anche in campo di concentramento...

Due o tre battute dell'intervista sono cancellate per difetto tecnico del magnetofono.

CARLA ... nel lager dove ero io era anche la povera principessa Mafalda.
D Senta, che campo di concentramento era?
CARLA Auschwitz.
D Poi è stata per qualche tempo qui, quando i metodi
erano diversi...
CARLA Molto diversi perché eravamo tutti legati col giubbetto. Alcuni attorno agli alberi, altri attorno alla panca e fino alla sera non ci slegavano più. Quindi si era, capirà lei in quali condizioni. Eravamo tutti sporchi addosso. Alla sera ci slegavano e ci mettevano a letto legati polsi e caviglie.
D Lei ha dei compiti nella comunità?
CARLA Si, come segretaria; quello di essere al tavolino nelle riunioni giornaliere. Quando ci sono le riunioni di comitato devo seguire anche quelle dei signori

medici e quindi riportare poi...

D Su un bollettino...

CARLA Ecco si, il bollettino giornaliero e in più facevo quello mensile per « Il Picchio ». Dovevo anche intervistare tutti i medici e l'unico che non mi ha risposto, e sono rimasta anche un po' male, è stato un medico, che non dico, che m'ha detto « no comment ».

La comunità goriziana opera su una vasta area verde, ombreggiata da alberi secolari, fra i quali sono distribuiti nove padiglioni a due piani, i servizi, la chiesa e una fattoria agricola. Il muro di cinta dell'ospedale è un tratto di confine di Stato con la Jugoslavia. Gli ammalati sono circa cinquecento, gli infermieri centocinquanta, i medici nove, più una psicologa; un cappellano, alcune religiose, assistenti sociali e volontari completano l'organico dell'istituto. Gli ammalati vestono abiti borghesi e non il camice grigio ancora in uso in molti ospedali italiani, sicché ognuno è libero di mettersi addosso quello che più gli piace secondo il suo gusto e le sue possibilità.

È raro trovare un ospedale situato in un parco cosi bello, grande e ben tenuto, continuamente rallegrato dal canto di migliaia di uccelli d'ogni specie e fa pena pensare che fino a pochi anni fa erba, alberi, fiori, canto degli uccelli servivano a rendere soltanto più triste la vita dei degenti.

Adesso l'area è praticamente aperta a tutti, perché al

posto del cosi frequente: « è severamente proibito entrare se non ecc. ecc. », c'è un cartello che invita la gente a far visita agli ammalati quando e come vuole.

Da qualche tempo, superata la paura, alcune squadre di giocatori dilettanti di calcio vanno ad allenarsi nel campo dell'ospedale.

Superati i cancelli, che sono sempre aperti, il visitatore occasionale avanza lungo i viali del parco, intenzionato, magari, a raggiungere il bar della comunità che è situato trecento metri dopo l'entrata. Durante il tragitto avrà modo di incontrare numerose persone, uomini e donne che passeggiano, che stanno seduti all'esterno dei padiglioni, che giocano a bocce e che lavorano a maglia. Arrivato al bar troverà una piccola folla attorno ai tavolini all'esterno sotto un'ampia tettoia, oppure in una sala rumorosa e fumosa come quella di tutti i bar di periferia. A questo punto egli si sentirà completamente a disagio, perché non saprà più riconoscere l'ammalato, il medico, l'infermiere. Allora nel tentativo di ristabilire dei termini di paragone chiederà inevitabilmente: dove sono i pericolosi?

I pericolosi non ci sono; quelli che urlano, si agitano, tentano di assaltare il medico, l'infermiere, il visitatore, non ci sono perché non essendoci in questa comunità sbarre, cancelli, camicie di forza, mezzi di coercizione generatori di violenza non si avverte quel clima d'ansia tumultuosa propria di istituzioni analoghe.

Ma la domanda del visitatore è giustificabile, anzi legittima, perché rientra nella logica della sua cultura e nella sua abitudine mentale. Nell'ospedale generale gli ammalati sono a letto, oppure passeggiano per i corridoi in vestaglia o in pigiama; gli infermieri sono vestiti di bianco, i medici anche, ma con i camici di foggia diversa: igienico- militaresco quello degli infermieri, lungo e professorale o corto e civettuolo quello dei medici. È molto facile cosi e meno faticoso distinguere le tre classi; come nella caserma, nella prigione, nella scuola, sono emblematicamente distinti gli ufficiali dai soldati, i prigionieri e i guardiani, gli alunni e i maestri. Qui manca la classificazione esteriore, che è genericamente considerata come un segno confortante di ordine prestabilito, una giusta distinzione. Fatto più imbarazzante per il visitatore occasionale, anzi solo autentico fatto imbarazzante, quello derivante, appunto, dalla difficoltà di decifrazione delle varie categorie, che rende difficile scegliere il tipo di linguaggio con il quale aprire il colloquio con questa gente: sto parlando con deferenza a un infermiere, mentre sono stato eccessivamente familiare con un medico ed ora scambio il bravo infermiere con un matto? Ecco perché il primo approccio con la comunità è generalmente muto e le prime ore sono punteggiate di domande rivolte a bassa voce all'amico, alla ricerca di complicità fra sani, fra persone che vengono dall'esterno.

Lo sblocco di questo curioso, gelido rapporto avviene con l'inizio delle attività comunitarie e precisamente con la assemblea generale della comunità che si apre ogni mattina alle dieci.

L'assemblea generale della comunità riunisce ogni mattina ammalati, medici, infermieri e assistenti sociali, nella sala più capiente dell'ospedale, che è in effetti il refettorio di un reparto. I degenti aiutano gli infermieri ad allestire la platea per la riunione disponendo le sedie a semicerchio e le rimettono al loro posto al termine del lavoro. L'assemblea è un fatto spontaneo, nel senso che non c'è nessun obbligo di presenza, che si può entrare e uscire dalla riunione quando si vuole, che non vengono redatti elenchi di assenti o di presenti. Almeno apparentemente non c'è nessuna distinzione né formale, né sostanziale tra i membri della comunità; medici, degenti, infermieri prendono posto nella sala confusi gli urii agli altri. L'occasione consente alcune manifestazioni che sono comuni a tutte le riunioni pubbliche: i più disinvolti ed estroversi in prima fila, i leaders distribuiti con un certo intuito strategico nei posti chiave del semicerchio, mentre nell'angolo più interno, difeso da una parete senza aperture (le altre hanno finestre, porte e una grande porta vetrata) i più regrediti o quelli che pur partecipando sono ancora in un atteggiamento polemico o critico verso

l’assemblea. Al tavolo della presidenza siedono due o tre degenti a turno, che responsabilizzati della conduzione dell’assemblea rivelano doti notevoli di prestigio, di dialettica, di distribuzione e rilancio degli argomenti. Non è infrequente che un ammalato in crisi voglia sedere al tavolo centrale disturbando i lavori e generando con il suo atteggiamento una forte tensione nel gruppo; in questo caso le sue provocazioni o le sue insulsaggini vengono sopportate o sviate dai degenti con estrema delicatezza. Gli viene infatti rimproverato il suo comportamento non sul piano della malattia, ma su quello dei rapporti comuni, della reciproca sensibilità, ecc.

In questo senso c’è da notare che numerosi fra i presenti sono operai e contadini: il loro linguaggio si è col tempo affinato e il loro comportamento nella discussione, è, in Italia, anche rispetto a istituzioni parallele all’esterno, pressoché eccezionale. Questo è dovuto al fatto che alcuni hanno effettivamente appreso una maniera diversa e migliore di intrattenere i loro rapporti constatando il comportamento degli altri (infermieri, medici, degenti) verso di loro ed essendo condizionati da questo comportamento a migliorare ed adeguare il loro. L’assemblea dell’ O.P.P. di Gorizia smentisce un fenomeno molto diffuso in Italia: la quasi impossibilità cioè di uno sviluppo coerente e positivo di una riunione pubblica a qualsiasi livello. Come fatto negativo

segnalerei una certa tendenza al mimetismo da parte di alcuni soggetti, mentre il tentativo di congelare la discussione attorno ad alcuni argomenti fissi mette in rilievo alcuni temi essenziali ai fini comunitari e a quelli terapeutici: le paghe e le gite.

Le paghe sono modestissimi compensi decisi sul piano amministrativo che settimanalmente i degenti ricevono per i loro servizi. Esse dovrebbero dare un senso logico alla prestazione di lavoro, senonché in molti istituti e in situazioni analoghe a quella degli Ospedali Psichiatrici sono veicolo di colonizzazione (basta pensare quanto siano ambiti gli appalti delle produzioni carcerarie). Tuttavia le poche centinaia di lire alla settimana hanno, giustamente, all'interno dell'ospedale il loro rilievo economico ed è quindi giusto che le paghe, gli aumenti, ecc. siano argomenti frequenti di discussione. Per quanto riguarda le gite esse sono richieste come occasioni di svago e di alternativa alla monotona vita dell'ospedale e anche come contatti con l'esterno.

L'intera vita dell'ospedale è regolata dalle riunioni. La giornata infatti trascorre oltre che attraverso il programma tradizionale (visita dei sanitari ai reparti, prima colazione, apertura del bar, ecc.) anche secondo il ritmo delle riunioni; direi anzi che ormai le scadenze tradizionali della vita ospedaliera sono accidenti secondari rispetto alle esigenze comunitarie. Le riunioni

durante la settimana sono oltre cinquanta; esse non impegnano contemporaneamente le stesse persone ma costringono tutti i membri della comunità ad uno stato di continua reciproca disponibilità. Una mattinata-tipo inizia alle otto e mezzo con una riunione degli infermieri, delle suore, delle assistenti sociali e dello staff medico. Essa termina alle nove. Dalle nove alle dieci i medici visitano i reparti. Alle dieci inizia l'assemblea generale che dura un'ora, un'ora e un quarto. Alle undici - undici e un quarto i medici, gli infermieri, gli assistenti sociali e i leaders dei malati (spontanei, tradizionali o improvvisati) si riuniscono per discutere l'andamento dell'assemblea. All'una e mezzo si riuniscono gli infermieri in entrata e in uscita di ogni reparto, a turno una volta la settimana. Di pomeriggio vi sono le assemblee di reparto (quotidiane per i reparti di accettazione e per alcolisti, bisettimanali per gli altri reparti), le riunioni dei medici, le riunioni dei comitati. La partecipazione di visitatori a queste attività è molto frequente.

Prima di cominciare a registrare le assemblee, ho voluto interrogare il direttore dell'ospedale su alcuni problemi generali.

D Se la vita dell'ospedale è regolata dalle assemblee, si deve dedurre che esse sono il fatto comunitario più

importante. Sono necessarie, utili, terapeutiche? Qual è il loro scopo? È indispensabile che esse siano così frequenti?

BASAGLIA Le nostre riunioni non possono essere considerate come una psicoterapia di gruppo, cioè non hanno una base psicodinamica nello sviluppo e nell'interpretazione. Vanno piuttosto inglobate in quello che è il significato generale delle dinamiche di gruppo, senza un riferimento specifico a questo tipo particolare di psicoterapia. In altre parole, il numero di riunioni che si fanno durante la giornata hanno essenzialmente due significati: 1) offrire al malato, nell'ospedale, varie alternative (venire alle riunioni, andare a lavorare, non far niente, stare nel reparto, occuparsi di altre attività secondarie); 2) creare un terreno di confronto e di verifica reciproca. Quando un malato partecipa alle riunioni, significa che il suo livello di spontaneità è abbastanza elevato, perché accetta il confronto con l'altro. Di solito la psicoterapia di gruppo comporta, invece, un certo obbligo a partecipare: i gruppi sono stimolati e attivizzati da un'intelligenza medica. Qui si tende a fare in modo che la vita della comunità, la vita quotidiana, non sia regolata da un'intelligenza medica, ma sia il risultato dell'attività spontanea di tutti coloro che partecipano, a qualsiasi titolo, alla giornata

ospedaliera. Come avrà visto, i medici, ad esempio, non sempre partecipano a tutte le riunioni. Probabilmente perché ne sono impediti da altre attività sanitarie, ma può anche succedere che vogliano evitare di esprimere, nelle riunioni, qualche stato di tensione personale o di aggressività; così è per gli infermieri. Questi esempi evidenziano come la presenza o l'assenza stessa dei personaggi e dei ruoli della vita istituzionale, abbiano in sé un loro significato. Le riunioni hanno valore e peso solo nella misura in cui la presenza di una persona è espressione di una decisione, di una scelta fra più alternative. Questo è forse il significato principale di tutte le attività che si svolgono nella giornata, attività in parte spontanee e, in parte, organizzate dallo staff medico. Fare in modo che si operino delle scelte: questa è la base del nostro lavoro. Le persone che operano nel campo devono trovare la possibilità di decidere personalmente, senza essere organizzate secondo un determinato ordine e un determinato fine. Importante è che a queste situazioni di spontaneità di scelta partecipino tutti i componenti la comunità, medici, infermieri e malati; senza, naturalmente, pretendere di creare una realtà artificiosa che non tenga conto della situazione, del ruolo sociale, dello status del malato che è diverso da quello del medico e dell'infermiere.

Il malato, purtroppo, è tuttora legato ad una realtà sociale che lo riconosce come un individuo senza diritti. Noi mettiamo fra parentesi questo suo non essere considerato una « persona », così come ne mettiamo tra parentesi la malattia.

D Sta di fatto che l'impressione dall'esterno è che il propellente della comunità siano queste riunioni..

BASAGLIA È vero chè lo è, ma solo se le riunioni vengono intese come l'occasione in cui i componenti la comunità possono ritrovarsi e confrontarsi: questo il loro unico significato. Il fatto che i malati abbiano uno status sociale, un ruolo diverso dagli infermieri e dai medici è motivo di confronto e di contestazione nelle riunioni; contestazione attraverso la quale ciascuno chiarisce a se stesso la propria posizione. Il malato vede nei medici e negli infermieri delle persone « libere », cui contesta il ruolo di potere che giocano, nell'istituzione. Analizzano quindi, di fronte ad un potere che li esclude, la loro condizione di esclusi. D'altra parte i medici e gli infermieri, oltre a rappresentare il limite della realtà per i malati, rappresentano ai loro occhi il rifiuto di essere degli escludenti, attraverso la negazione dialettica del loro mandato sociale. Il mandato sociale dello psichiatra e quello degli infermieri coincide nell'essere oggettivati e determinati nel ruolo di carcerieri e di difensori

della società nei confronti dei malati. In un certo senso - seppure ad un grado diverso - gli stessi psichiatri sono degli esclusi, nella misura in cui si trovano a fare, inconsapevolmente, il gioco della classe dominante. Su questa base si sostiene il livello di reciprocità che rende valido un confronto.

D Quindi per dargli uno status sociale nuovo, o rinnovato, soprattutto nei confronti dell'esterno che glielo nega, bisogna darglielo in senso continuo...

BASAGLIA In senso continuo e indipendentemente da ogni interpretazione di tipo psicodinamico delle riunioni e dei gruppi. Noi teniamo presente che la realtà prima del malato è il suo essere un uomo senza diritti e da questa realtà cerchiamo di partire. Una riabilitazione è possibile soltanto partendo da questo fatto reale: il malato è un uomo senza diritti e discutiamo con lui il suo essere senza diritti; il malato è un escluso e discutiamo con lui la sua esclusione.

D La sensazione che si ha dall'esterno è che voi prescindiate dalla malattia, quasi che la malattia non esista.

BASAGLIA Non è che noi prescindiamo dalla malattia, ma riteniamo che per avere un rapporto con un individuo, sia necessario impostarlo indipendentemente da quella che può essere l'etichetta che lo definisce. Io ho rapporto con un uomo non per

il nome che porta ma per quello che è. Quindi, nel momento in cui io dico: questo individuo è uno schizofrenico (con tutto ciò che, per ragioni culturali, è implicito in questo termine), io mi rapporto con lui in modo particolare, sapendo appunto che la schizofrenia è una malattia per la quale non c'è niente da fare: il mio rapporto sarà solo quello di colui che si aspetta soltanto della « schizofrenicità » dal suo interlocutore. È quindi comprensibile come - su queste basi - la vecchia psichiatria avesse relegato, imprigionato ed escluso questo malato, per il quale riteneva non vi fossero mezzi né strumenti di cura. Per questo è necessario avvicinarsi a lui mettendo fra parentesi la malattia, perché la definizione della sindrome ha assunto ormai il peso di un giudizio di valore, di un etichettamento, che va oltre il significato reale della malattia stessa. La diagnosi ha il valore di un giudizio discriminante, senza che con ciò si neghi che il malato sia in qualche modo malato. Questo è il senso della nostra messa fra parentesi della malattia, che è messa fra parentesi della definizione e dell'etichettamento. Ciò che importa è prendere coscienza di ciò che è questo individuo per me, qual è la realtà sociale in cui vive, qual è il suo rapporto con questa realtà. Per questo le riunioni sono importanti, perché sono il terreno in cui è possibile un confronto

al di là di ogni categorizzazione: si tratta di individui che sono in ospedale perché ammalati, e attraverso il loro confronto costante con la realtà, può scaturire la possibilità di comprendere qualche cosa anche della loro malattia.

D Parlate di depsichiatrizzazione del vostro lavoro.

BASAGLIA La depsichiatrizzazione è un po' il nostro leitmotiv. È il tentativo di mettere fra parentesi ogni schema, per agire in un terreno non ancora codificato e definito. Per incominciare non si può che negare tutto quello che è attorno a noi: la malattia, il nostro mandato sociale, il ruolo. Neghiamo cioè tutto ciò che può dare una connotazione già definita al nostro operato. Nel momento in cui neghiamo il nostro mandato sociale, noi neghiamo il malato come malato irrecuperabile e quindi il nostro ruolo di semplici carcerieri, tutori della tranquillità della società; negando il malato come irrecuperabile, neghiamo la sua connotazione psichiatrica; negando la sua connotazione psichiatrica, neghiamo la sua malattia come definizione scientifica; negando la sua malattia, depsichiatrizziamo il nostro lavoro e]o iniziamo su un terreno nuovo, tutto da arare.

D Da quali considerazioni siete partiti?

BASAGLIA Si è partiti dall'incontro con la realtà manicomiale, che è tragica perché oppressiva. Non

era possibile che centinaia di uomini vivessero in una condizione disumana solo perché erano malati, e non era possibile che noi - in qualità di psichiatri - ne fossimo artefici e complici. Il malato mentale è « malato » soprattutto perché è un escluso, abbandonato da tutti; perché è una persona senza diritti, nei confronti della quale tutto è possibile. Per questo ndi neghiamo, dialetticamente, il nostro mandato sociale che ci richiederebbe di considerare il malato come un non-uomo e, negandolo, neghiamo il malato come non-uomo. Sul piano pratico, noi neghiamo la disumanizzazione del malato come risultato ultimo della malattia, imputandone il livello di distruzione alla violenza dell'asilo, dell'istituto, delle sue mortificazioni, prevaricazioni e imposizioni; che ci rimandano poi alla violenza, alle prevaricazioni, alle mortificazioni su cui si fonda il nostro sistema sociale. Tutto questo è potuto avvenire perché la scienza - sempre al servizio della classe dominante - aveva deciso che il malato mentale era un malato incomprensibile e, come tale, pericoloso e imprevedibile, lasciandogli come unica possibilità la morte civile.

Assemblea generale del 17 maggio 1967

Nota: molti presenti, tensione e ansia diffuse. Renato in crisi: è aggressivo e provocatorio. Presiede Giovanna.

GIOVANNA Si è interessato che procedura bisogna fare per ottenere questo sussidio? Mi sembra che questo interessi tutti.

MASO La procedura non è molto difficile, c'è praticamente solo da compilare la domanda. Io l'ho compilata, ma mi è stata respinta. L'ho rifatta e vedremo adesso l'esito, la procedura non è difficile. Ecco, io credo che è la comprensione che manca, cioè la volontà dell'applicazione di questa legge: questo articolo dice che spetta un sussidio, ma c'è chi lo interpreta in una maniera o nell'altra, e così si rimane senza niente.

GIOVANNA Che cos'è che non andava bene nella domanda

che lei ha fatto? Le hanno detto il motivo?

MASO Sì, mi hanno detto: mi hanno detto che certo io non godo di privilegi, ma che i miei prossimi parenti,

come mio padre e mia sorella hanno una casa, un pezzetto di terra, come se fossero dei possidenti. Allora dicono che io non ho bisogno del sussidio.

LUCIA Lei non è mica minorenne che deve vivere a spalle loro.

MASO Sì, ma secondo il loro parere, quello che è giusto non è mai stato vero.

ANDREA Perché se lavori i tuoi parenti ti dànno un piatto di minestra, altrimenti ti dicono arrangiati, cerca di guadagnarti da vivere, non sei più con noi, sei venuto fuori.

RENATO Per esempio io sono venuto otto anni fa qua dentro e il signor direttore e i medici mi hanno fatto quindici elettroshock, mi hanno spaccato tutti i denti sopra, è giusto questo? Io vi denuncio. La colpa è loro. (Bestemmia, impreca).

MASO Renato, io credo che questo non sia il momento adatto per fare queste discussioni.

GIOVANNA Io ho ascoltato tutto quello che il signor Maso ha detto e ho afferrato anche tutto, però vorrei dire due parole. Lui dice che ha chiesto questa pensione, che i suoi familiari stanno bene di casa e che potrebbero pensare loro per lui. Però lui era ricoverato, non è libero. Noi abbiamo una legge qui dentro ed io non so se è giusta, ma io non credo, e dice che quando noi veniamo dimessi, siamo sempre

affidati a qualcuno che deve mettere la firma per noi. Questo perché non si è mai sicuri di noi. Noi siamo pari a un pacco, quel pacco deve essere custodito, ma guai se quel pacco viene aperto, spostato in un modo o nell'altro che manchi qualcosa. Ecco, questo è anche l'ammalato quando va a casa, i suoi parenti pensano per lui. Ma dico, allora è inutile che io vado fuori; se uno mi fa un gesto e io reagisco, se incomincio a reagire con quello, a reagire con quell'altro, allora i parenti che mi custodiscono dicono: questa qua ci combina guai, la portiamo dentro.

MASO Questo è un misero ragionamento e lasci che lo faccio io. Io ho sentito una cosa: tanto nella società, tanto nei pubblici ministeri, tanto nei grandi uffici, praticamente esiste la legge del male, che il pesce grande mangia il pesce piccolo e il pesce piccolo deve lasciarsi mangiare.

GIOVANNA Questo è all'esterno, fuori, tra gli operai e i ricchi e i poveri, che approfittano e li sfruttano, su questo sono d'accordo. Ma noi siamo ammalati, ammettiamo che siamo ammalati, allora dobbiamo essere protetti, magari per un periodo, dopo cambia, come i bambini all'inizio.

ELDA Io dico che è assurdo pensare che noi siamo come dei bambini che devono essere protetti quando andiamo fuori dall'ospedale. I bambini piccoli

staranno bene negli asili, ma noi siamo delle persone grandi e alla nostra età abbiamo un nostro diritto, non di bambini piccoli da asilo.

RENATO Adesso vi dico io, che i nostri diritti noi non li possiamo avere: quando uno è recidivo dall'ospedale, quando uno è stato in un ospedale psichiatrico per cinque anni non ha diritti civili.

BASAGLIA Appunto per questo la signora Giovanna diceva che quando una persona esce dall'ospedale psichiatrico è come un pacco.

GIOVANNA È come un pacco, perché io so quando viene mio figlio a prendermi deve firmare, a casa non mi tratterà cosi per tante cose, non lo farà perché vede che io ragiono grazie a Dio, ma in certi punti vedo che siamo uguali a un pacco.

VOCE Non siamo tutti uguali prego, ci sono due famiglie: i fratelli di Roma e gli operai.

SLAVICH II signor Maso è stato dimesso; questa caratteristica di pacco, lui si sente di averla?

MASO Io ho cominciato ad andare a scuola nel 1946, andavo a Trieste tutte le mattine, vivevo praticamente a Trieste e rientravo alle nove-dieci di sera, qualche volta anche mezzanotte, con due blocchi ad Aurisina e Mon- falcone; finita la scuola sono andato militare e via di casa di nuovo, poi sono andato in ferrovia, via di casa di nuovo a Venezia, mi sono sempre arrangiato

da solo, non ho mai avuto bisogno della madre o della sorella, ho dovuto far sempre da solo, per quello non mi fa quel gran che rimanere da solo.

GIOVANNA Lei non sente di aver bisogno, ma gli altri quando lei è fuori non credo che siano tranquilli, perché c'è sempre quella tensione, perché si chiedono dov'è andato, chissà se viene a casa, chissà se beve...

PIETRO Sono d'accordo su tutto questo, allora bisogna avere una famiglia. Quando non si ha la possibilità neanche di vivere, quando rifiutano anche quel piccolo aiuto, quel piccolo sostentamento, come potrei io mantenere una moglie, pagare un affitto, pagare la luce, le tasse e tutto insieme? Come si potrebbe fare, in che maniera senza lavoro e senza niente, come si può, sa spiegarmi come si può? A chi non piacerebbe avere una famiglia, cosa crede che io fino a quando ho avuto mia mamma, mio papà, mia sorella, crede che non sia stato bene? Io stavo come un grande signore, non sono mai stato cosi bene e credo che mai più lo starò, neanche se prendo una Sisal.

GIOVANNA Senta signor Pietro, adesso non lo voglio offendere, deve prendere la parola senza offesa, lei è stato dimesso, lei è fuori adesso, ma non può stare senza venire qua, allora ha preso la forza dell'abitudine di stare qui, lei si sente sicuro qui, è giusto? Sta bene qua, lei si sente bene qua.

ANGELA Io trovo qui la pace, il conforto e qui mi sento fuori pericolo; ieri era il mio compleanno, ed io sono venuta ^m e so che quando ho voglia vado fuori, invece se vado fuori e dopo sbaglio, per forza mi portano dentro, invece sono venuta prima per essere sicura di non sbagliare e così dopo posso andare fuori. Al solito come ieri si faceva una festa in casa, per il mio compleanno, si beveva qualche cosa...

VOCE Allora lei signora Angela si sente al sicuro praticando l'ospedale di giorno?

ANGELA Sì.

VOCE Allora è inutile dimettere la gente se tornano tutti qui dopo.

ANGELA Non è vero, qui si viene in un momento di sconforto.

ELDA Io manco da casa quindici anni e il signor direttore dice sempre per Ferragosto o a Pasqua, e quel giorno non viene mai.

ANGELA Ieri sono venute tre signore a cercarmi a casa e con tutto questo io sono venuta qua dentro.

RENATO Cosa sei venuta a fare qua dentro, stai fuori che è bella la libertà, ti mettono in cella.

ALDO Lei è venuta qua perché fuori può bere, e lei ha paura di bere...

ANGELA Io ho paura di bere perché mi fa male, mi basta poco per farmi male, io non sopporto l'alcool.

BASAGLIA Senta signora Giovanna, io le chiedo: perché una persona viene ricoverata in ospedale?

RENATO Perché gli altri ridono su di noi. Quanti anni sei qui tu?

ANDREA Neanche mi ricordo.

RENATO Io sono otto anni che giro per il manicomio, mica un mese o due; adesso ultimamente mi prendono in giro, è ora di finirla. A me mi accompagna ogni giorno l'infermiere, ho ammazzato qualcuno forse?

ANGELA Quattro anni di fila, senza vedere il sole...

RENATO Troppo poco, ancora un dieci ti ci vorrebbero e andrai di nuovo dentro. Non fai tanta strada più, ti porto io dentro.

PIETRO Se io avessi un grande impegno da non poter venire, ma ringrazio le buone persone, anche i degenti stessi, ho piacere di vederli sempre.

RENATO Io ho malato il cuore, non la testa, ricordatevi bene e che se lo ricordi anche il signor direttore, io ho malato il cuore, non la testa.

BASAGLIA Cosa intende per ammalato di cuore?

RENATO Vedendo tutta questa povera gente disgraziata che solo li fate bazilare e niente altro, io sono qua da anni, quando vado a casa? Domani, per Pasqua, per Natale, per Ferragosto, una schifferia qui dentro. Ci vuole più serietà qui dentro, più serietà e più severità.

VOCE Io credo che se tu avessi disturbi di cuore, in

questo momento ti troveresti all'Ospedale Civile, in un reparto medicina, non in un ospedale psichiatrico.

RENATO Vogliono mandarmi loro qui, io sono matto, no! Io ho mal di cuore, piango ogni giorno io, sai?

VOCE Comunque la serietà comporta anche una regola, comporta tante cose, subentra anche nello stesso senso la severità e altre cose e noi non ci troveremmo in queste condizioni in Cui siamo oggi, la serietà non bisogna considerarla solo come serietà... praticamente gli altri ospedali « seri » come dici tu, praticamente non hanno quello che abbiamo noi.

RENATO Io sono due mesi qua dentro, sono al C e la Cassa Malati mi paga non per mangiare come i maiali del C e basta questo.

ANGELA Ma lei dice di essere malato di cuore, io sono malata di fegato ed eró al reparto C quattro anni, dovevo essere al reparto C perché là c'è l'infermeria, lei non può pretendere un altro reparto con il suo mal di cuore.

Un lungo silenzio.

ELDA Io ho osservato che gli infermieri hanno una paga cospicua in quanto che ricevono molti soldi...

GIOVANNA Gli infermieri non hanno una paga cospicua, un padre di famiglia ha pochi...

ANGELA E hanno molte responsabilità, se uno scopa e poi dà la scopa in testa ad un altro, la responsabile è l'infermiera...

VOCE E allora che scopi lui! Stamattina ho scopato le scale e mi è mancata la merenda con tutto il pane, per agevolare l'infermiere! E io non sono matto, sono savio, mi trovo in manicomio per delinquenza!

ALTRA VOCE La responsabilità non è mai di uno solo, come la colpa non è mai di uno solo, è di tutti.

GIOVANNA Se lei va con bella maniera verso un malato, quell'ammalato non può reagire verso di lei.

VOCE Qui, devo tirar la cinghia fino a mezzogiorno anche se ho fame, io sono abituato a mangiare merenda quando lavoro.

ANGELA Signore, non stia a credere che lei deve tirare cinghia fino a mezzogiorno. Se ha voglia di mangiare qualcosa, se ha bisogno, io vengo da fuori, ma se io chiedo una scodella di latte me la dànno.

VOCE Anche a me, ma devo chiederla! Non avevo bisogno di chiedere, perché avevo il mangiare! E l'altro giorno mi hanno rubato la merenda, ma se vedevo chi era, passava un brutto quarto d'ora, infermiere o malato che era!

ANGELA Ma non bisogna essere cosi, sarà stato qualcuno senza cattiveria, cosi. Io devo ringraziare i dottori, gli infermieri, i degenti che mi hanno aiutato, però se

dovessi andare in un altro ospedale, per il mio male, come dovrei andare, preferisco venire qui. I medici e il direttore sanno che sacrificio mi costa entrare qui dentro, sono venuta una sera alle nove a pregare che mi prendessero che non potevo più, quante volte ho pregato, aiutatemi che non ne posso più! Ho chiesto a tutti per la strada, se il signor Antonio vuole parlare può dirlo, quante volte ho pregato aiutatemi, non ne posso più. La Cassa non mi ha voluto più fare le carte né niente, non c'era altra via di abbandonare il ragazzo di ventidue anni a letto con 39 di febbre e venire dentro, ero a casa, piangevo, gridavo. Mio figlio è venuto a casa, era sotto le armi, è venuto a casa ed era ammalato, io qui mi sono sempre trovata contenta, non posso lamentarmi e accusare i medici, io solo una cosa vi prego, io avrò ancora bisogno di voi, anziché darmi le pastiglie che non sono per il mio stomaco, di darmi qualche altra cosa. Io devo anche fare presente una cosa: signor direttore, a me la domenica passata mi sono state rubate 1300 lire, naturalmente io non ho accusato nessuno; ma non è successo solo a me, anche a un'altra ammalata. Non accuso nessuno, né le infermiere e neanche la madre, perché la povera madre non può prendersi responsabilità, io sono sana di mente.

ALTRA VOCE Queste sono cose che bisogna risolverle

all’interno del reparto.

ANGELA Volevo dire, che anche al reparto A donne come al reparto A uomini, signor direttore, ci vorrebbero degli armadi per chiudere dentro le cose che si hanno, perché altrimenti non se le possono tenere con sé. Non abbiamo nemmeno una sedia vicino al letto, un armadietto per mettere le nostre cose. Non voglio accusare nessuno, anche i degenti, sono ammalati, non lo fanno apposta, si perdono, non sanno qual è la roba sua, mi è successo l’altra volta che sono uscita con la Irma, mi ha preso il vestito, ha detto che è suo e non me lo ha voluto più dare.

RENATO (molto più calmo) Cosa c’entra questa roba con l’assemblea?

ANGELA C’entra, qui dentro si sta bene, si mangia, si beve e si dorme e se non avessi i figli, faccio la firma per rimanere qui. Io sto bene, tanto bene sto, e mai sono stata tanto bene e lo devo al signor direttore e al dottor Slavich che ho conosciuti per primi.

BASAGLIA Quando un ammalato viene dimesso, viene affidato a un parente e viene affidato come se fosse un pacco.

GIOVANNA Io non ritiro quello che ho detto.

BASAGLIA Bisogna sentire anche gli altri se sono d’accordo su questo suo punto di vista.

GIOVANNA Si, non tutti, a parte quelli che vengono per

un mese o due mesi, che fanno una cura, ma quelli che sono tanti anni qua; anche lei stesso prima di consegnare l'ammalato, gli dà dei consigli, cerca di fare così, colà, perché se è una cosa non più sicura, allora ci vuole la firma.

VOCE Sono pur tanti che vivono fuori e non vengono qua e vivono fuori e sono contenti!

GIOVANNA Vuol dire che quelli hanno reagito, che sono stati bravi e che va bene, ma non sono tutti, sarà il 10%. Sarà il 10% che sono bravi e si comportano bene.

RENATO Bisognerebbe mandarli a lavorare, fuori, non tenerli chiusi e dare loro da mangiare. Bisognerebbe prendere dentro altra gente malata, ci sono più malati fuori che dentro. Qui si ammuffisce, bisognerebbe lavorare.

GIOVANNA Ma io ho già detto l'altra volta che qui non è uno stabilimento; voi altri dovete pensare che questo è un ospedale e se loro qui dentro vi danno un lavoro, vi danno un lavoro per passare il tempo e in più prendete anche questi soldi e avete uno svago nella giornata. Perché è lunga la giornata, specialmente per gli uomini e avete quella soddisfazione di prendere quelle 500800-1000 lire alla settimana, che per voi è anche un viatico, è un sollievo. Sono io che ho sessant'anni che lavoro mattina e sera e sono felice

quando lavoro, il lavoro fa dimenticare tanti pensieri, Renato! Non bisogna che ti arrabbi.

RENATO Intanto hanno aumentato la birra, hanno aumentato il caffè, ecc.

GIOVANNA Hanno dovuto aumentare.

RENATO Dove sono questi soldi?

GIOVANNA Sono a Bled.

VOCE Per fare una gita a Bled non ci sono soldi, ieri avete detto che non ci sono soldi.

GIOVANNA Come non ci sono soldi? Nessuno ha detto che non ci sono soldi.

TOMMASO Ieri ero io e mi sembrava quasi una presa in giro del signor Furio, cioè quello si è rifiutato di farci conoscere la cifra che c'è nella cassa del Club per le gite ed il resto.

GIOVANNA Non è vero, non lo sa.

LETIZIA JERVIS Non è un rifiuto Tommaso, perché anch'io non lo so.

FURIO Potevo dirgli solo un circa. Saranno 400 000 lire, non so. Quanto è stato speso per il circo questo posso dirlo, sono state spese 47 000 lire, questo posso dirvelo perché mi è stato riferito.

ANDREA Vi pare bene andare a spendere 47 000 lire per andare al circo?

GIOVANNA Quello per conto mio è stato uno sbaglio, io ho detto subito di no.

BASAGLIA Senta, allora per cosa servono i soldi?

GUIDO I soldi servono per fare le gite.

ANDREA Da una gabbia andare in un'altra, era una gita, quella? Secondo lei, era una gita?

BASAGLIA Penso di si, era un diversivo.

ANDREA Per voi che avete la libertà, ma noi siamo qua come cani, come schiavi. Pagare una birra 150 lire, una Coca-Cola 150 lire, come fa questa povera gente qua, vi pare bene quello? Perché non fate una gita a Castel- monte o a Barbana?

BASAGLIA Se hanno voluto andare al circo, non capisco perché lei è contrario, hanno voluto andare, non abbiamo mica imposto noi.

CASAGRANDE Erano centoventicinque che volevano andare. Chi non ha voluto andare non è andato.

ANDREA Se era per pagare non andavano neanche venti.

RENATO Io credo che .adesso si potrebbe mettere in discussione che si potrebbe fare una gita al mese.

ANDREA Adesso facciamo una gita o a Capriva o a Cormòns. Paga il circolo e non si butta a remengo nessuno. Almeno si fa un pranzo, si beve qualche cosa nella gita, ma pagare un gelato 150 lire? Una Coca-Cola 150 lire di quelle piccole? Invece se vanno fuori in gita, almeno hanno un pranzo, mangiano tutto almeno hanno una bistecca. Direttore, andavano tutti cinquecento senza pagare, ma se si doveva pagare non

andavano neanche venti.

RENATO Anche in gita, se si dovesse pagare alla gita non andrebbe nessuno.

ANDREA Ma la gita è sempre una gita, alla gita si mangia.

RENATO Ma bisogna pagare se si vuole mangiare bene.

VITTORIA Eppure siete stati, vi siete divertiti e adesso protestate.

BASAGLIA Come dice Vittoria?

VITTORIA Prima sono andati, hanno fatto tanto per andare e adesso se ne trovano pentiti.

FERRUCCIO Non siamo pentiti, è stato bello.

FURIO Mi sembra che la decisione di andare al circo è stata presa proprio in questa sede e credo opportuno che se qualcuno aveva delle idee contrarie doveva parlarne prima.

RENATO Non ero qui io, ero malato.

GIOVANNA Adesso si faranno due gite, in giugno e in luglio.

FURIO Il problema delle gite, mi pare che va impostato un modo di scegliere come farle. Come farle, cioè se farle in gruppi grandi, in gruppi piccoli, dove andare, studiare gli itinerari.

RENATO Se diciamo sempre, se diciamo ogni giorno, cosa vuoi parlare tu, testa di rapa!

ANDREA Adesso se dovete fare una gita, andiamo a

Cormòns o a Capriva. Non tanto lontano.
RENATO E cosa pensa che starò io qua, due anni?

Lunga pausa, discussioni di piccoli gruppi.

ELDA Dal momento che io e il professor Basaglia ci conosciamo già da diversi anni, vorrei chiedergli un favore, che mi mandi al reparto A, perché io con quelle donne non dormo, siamo d'accordo? Io non dormo con le altre ammalate perché mi fanno schifo, va bene? Che mi mandino di nuovo al reparto A, ci sarà anche un posticino per me, mi hanno tenuta per otto anni e tutte le infermiere mi volevano un bene dell'anima, non mi sono mai accorta di fare baruffa né niente; allora, potrei andare?
VOCE FEMMINILE Senti, tanto schifo non facciamo...
ELDA Proprio schifo fate!
VOCE MASCHILE Allora la gita quando la facciamo, Giovanna?
GIOVANNA Bisogna discutere, come, quando e dove, non solo gita.
MASO Mettetevi d'accordo e fate una bella gita a Venezia.
ANDREA No, non a Venezia, è troppo lontano, Venezia è per andare ai bagni, noi non andiamo ai bagni.
GIOVANNA Per fare la gita bisogna fare le cose alla

perfezione, discutere, non fare cosi.

MASO Secondo il mio pensiero, dopo quello che ho sentito per radio, con la venuta del nuovo ordinamento degli ospedali psichiatrici, probabilmente si avrà qualche miglioria. Io credo, e su questo sono quasi sicuro, che verranno migliorati anche i servizi, verrà migliorato il trattamento degli infermieri e questo comporterà anche un aumento di qualche spesa forse di qualche miliardo, o di 500 milioni che verranno devoluti anche per questi poveri ammalati; di questo sono quasi convinto, perché quando viene modificata qualche cosa, comporta un benessere in tutti i rami. Allora potremo fare anche altre cose, anche per questi malati.

BASAGLIA Perché questi ammalati sono differenti dagli altri? Perché vengono considerati per ultimi?

MASO Sono differenti dagli altri?

RENATO Perché siamo schiavi qua dentro, non malati.

MASO Fra la gente che io ho conosciuto qua dentro, ci sono tanti che hanno spaventi di guerra, tanti sono rimasti invalidi come è successo a me, io mi sono buttato in vacca dopo un incidente stradale. Tanti invece sono nati proprio cosi, ma sono pochi. È, diciamo cosi, il malessere che regna nella società che costringe le persone ad ammalarsi e poi a ricoverarsi in questi ospedali, perché naturalmente uno che ha

benessere, naturalmente non si butta nel bere né fa stravaganze, è molto difficile, è la miseria che porta a tutte queste cose.

BASAGLIA Sono anche i ricchi sa, che si buttano cosi...

MASO Ma sono molto pochi, sono altri svaghi che li portano qua, sono altre ragioni.

ANGELA È anche una malattia, perché io conosco persone che stanno bene, che hanno conforti, che hanno tutto quello che vogliono, eppure bevono.

GIOVANNA Diventa una malattia.

MASO Si, però i ricchi, i milionri vengono messi nelle cliniche, non perdono i diritti civili e non vengono scritti.

ANGELA Dico pure che sono le miserie umane che portano qui dentro.

RENATO Io sono otto anni che giro per l'ospedale per guarire, perché non mi mandate in un'altra clinica?

GIOVANNA Adesso in ospedale ci sono tutti i ceti sociali. BRUNO Si, come no, ma io da quello che ho visto, ho osservato, può guardare qua dentro, noi siamo in seicento-settecento in questo ospedale ed è tutta povera gente e così è anche negli altri ospedali. Forse chi sta bene, su seicento saranno ammettiamo cinquanta, sarà il 5% e gli altri è tutta povera gente che è proprio portata dalla miseria. Io vedo quando un povero disgraziato ha solo 100 lire in tasca, non

arriva a comperarsi né un panino imbottito con 100 lire e non arriva altro, cosa fa? Va a prendere un quarto di vino, e senza mangiare, naturalmente: dài oggi, dài domani, finisce qui. Invece se uno avesse da mangiare una cosa e l'altra, non gli passa neanche per la testa di bere, berrà un bicchiere e buonanotte sonatori!

GIOVANNA Ma se ha i soldi per comprarsi un bicchiere di vino, ha i soldi per comperarsi anche da mangiare.

BRUNO Quando i soldi sono stretti, uno praticamente dice: cosa faccio adesso? Un pasto non arrivo, un panino imbottito non me lo arrivo a comperare neanche, con 100 lire vado a bere un quarto di vino e si accontenta di un quarto di vino, è ubriaco e poi cade, continuamente cosi, si indeboliscono i nervi, si indebolisce la mente e non pensa alla miseria. E anche se non beve, le disgrazie e i dispiaceri lo fanno ammalare.

MASO Ma lei, signore, può rimanere qui fin quando vuole, perché io mangiare tanto come Ho visto mangiare lei non ho mai visto nessuno. Lei può stare, perché fuori, per mantenere uno come lei, ci vogliono almeno 3000 lire al giorno.

RENATO Quando sapete che la vita fuori è così, non si esce se non si ha un appoggio...

ANDREA Vi piace stare qui, perché qui è mangiare

sufficiente, quello che volete, ma fuori, bisogna lavorare.

MASO Anche quelli che bevono, se bevono una cosa regolare e mangiano anche, in un certo senso il vino è allora come una medicina.

BASAGLIA I problemi degli altri ammalati, che non sono malati di mente, quali sono?

MASO Io non lo so, io non sono psichiatra, quello dovete saperlo voi. Modificare uno stato della natura sarebbe una cosa possibile, quasi certa. Quelli che si ammalano sono secondo me curabili, poi sta tutto in voi, nelle vostre capacità.

La liberalizzazione dell'ospedale ha avuto per lungo tempo la sua bandiera nel reparto B maschile, che fu il primo a essere condotto in modo « comunitario ». La liberalizzazione del B fu possibile grazie anche alla comune volontà degli infermieri del reparto. La testimonianza che segue è trascritta dalla registrazione di una riunione che ha raccolto attorno al microfono alcuni medici, e gli infermieri del B, a distanza di tempo e sul tema della funzione del primo reparto pilota e della sua attuale situazione.

BASAGLIA Direi che questa discussione potrebbe rappresentare il giudizio degli infermieri del reparto

B, tenendo presente che questi infermieri sono stati i primi che hanno aperto un reparto completamente. Siccome da questo reparto si è poi allargato il senso comunitario al resto dell'ospedale, penso che potrebbe essere discusso questo problema.

DIZORZ Io penso che gli altri reparti non siano arrivati ancora al punto che eravamo noi allora.

BASAGLIA Lei pensa che un reparto sia più o meno comunitario rispetto al tipo di ammalati che ha? Mi pare che questo sia il suo punto di vista. Anche in altre riunioni lei diceva: il reparto B era stato costituito in quel particolare modo, era stato messo insieme un gruppo di circa cinquanta pazienti ad un discreto livello di riabilitazione che dovevano rappresentare un tipo di malato particolare, ecc. Dopo, questi malati sono stati dimessi e ne sono stati immessi altri, e questo ha cambiato il senso del reparto.

DIZORZ Il mio punto di vista io vi ho detto qual era; ora non siamo a quel livello che eravamo prima; quei venticinque malati che sono stati dimessi, erano malati particolari...

BASAGLIA Cioè pensa che un reparto come il reparto B non ci sarà più?

SLAVICH In fondo, io penso che ogni reparto veramente sia fatto dalle persone che ci sono dentro. Le cose che

si fanno, quelle che non si fanno, dipendono se le persone che partecipano le fanno o meno; che il reparto sia ora diverso rispetto al 1964 credo sia pacifico, forse da discutere è se si può dire che è peggiore, cioè non sempre diverso vuol dire «peggiore».

DIZORZ Peggiore piuttosto penso che sia per noi infermieri; per voi, dal vostro punto di vista medico, può essere diverso.

BASAGLIA Scusi, cosa intende per reparto peggiore e reparto migliore?

DIZORZ Io non dico peggiore, dico che ora ci sono problemi che prima non c'erano; prima noi eravamo preoccupati perché era una cosa nuova, perché il parco non era mai aperto, si era preoccupati di stare attenti, si aveva il desiderio di sapere dove si trovavano gli ammalati, cosa facevano. È quello che si cerca di fare anche adesso: ma adesso non sono più i malati di prima, quelli si conoscevano bene, alcuni da anni, molti erano lungodegenti... Mi sembra che quella sicurezza che avevamo un tempo ora non la abbiamo...

SILVESTRI Nelle riunioni sono sempre quei due-tre a parlare, sono stati dimessi quei venti-venticinque malati che discutevano, che protestavano; adesso c'è rimasto solo Massi, Lucchi...

STURM Sono più spenti, meno attivi, non partecipano...

DIZORZ Abbiamo adottato la politica del lasciar fare; in principio andavano quasi tutti a lavorare, e tutti questi avevano un compenso settimanale; poi qualcuno non aveva più lavoro o non si sentiva troppo bene, il compenso lo percepiva ugualmente, e gli altri dicevano che non valeva la pena di lavorare perché ricevevano sempre lo stesso il compenso.

BASAGLIA Secondo lei era una politica del lasciar fare, o era invece un tentativo di iniziare un tipo di vita diverso nella comunità?

DIZORZ Bisogna vedere fin dove si vuol arrivare; era uno studio, una prova, un tentativo... è andato tutto bene, eravamo tutti soddisfatti, lo siamo ancora.

BASAGLIA Ho la sensazione che gli infermieri di questo reparto si sentano mortificati in qualche modo rispetto al resto dell'ospedale, e non so rendermi conto di questa ragione, di questa mortificazione. Cioè questo reparto è stato costituito con cinquanta malati ed un gruppo molto piccolo di infermieri. Questi infermieri hanno riabilitato queste cinquanta persone, venticinque delle quali sono state dimesse; al posto di queste venticinque sono state messe altre venticinque persone, che hanno dato una caratteristica diversa al reparto. Adesso ho l'impressione che tutti i componenti di questo reparto, vedano questo nuovo lavoro come mortificante.

MIAN No, non direi che siamo stati mortificati, venticinque sono stati dimessi, e ne siamo ben lieti.

BASAGLIA Però il reparto com'è adesso è un reparto che non dà più tante soddisfazioni.

MIAN Senz' altro è diverso.

STURM Una volta il reparto era più vivo, ora invece sembra morto.

JERVIS A me sembra che siano cambiate due cose: è cambiata la composizione del reparto nel senso che quei malati più attivi che lo tenevano vivace sono stati dimessi; ed è cambiato anche il fatto che la « comunità terapeutica », il vostro reparto, non è più il nucleo dell'ospedale; ormai anche gli altri reparti sono aperti, e non è più il reparto modello.

DIZORZ È come quando si pitturano i muri e le porte rimangono brutte; le porte sono sempre quelle, ma i muri sono migliori, così noi siamo rimasti quelli di prima nei confronti degli altri reparti, A noi sembra che abbiamo fatto dei passi indietro.

BASAGLIA E invece è sempre la stessa situazione.

JERVIS Forse c'è anche un terzo fattore, cioè quando c'è un rinnovamento in un reparto tutto va avanti, c'è una trasformazione; poi ad un certo punto questo rinnovamento può darsi che si arresti, perlomeno non ci sono più grandi novità, e quando mancano le novità manca anche la spinta; insomma quando c'è qualcosa

che si sta trasformando, c'è entusiasmo, quando si è raggiunto un determinato risultato si cercano nuovi risultati, si cercano nuove trasformazioni, qualcosa di completamente nuovo; se si ritiene invece che i risultati siano già stati raggiunti allora praticamente ognuno si siede un po', e questo io credo che succeda dappertutto. Molte volte prendendo determinate iniziative mi sono accorto che le cose andavano bene finché si marciava, finché tutto era in cammino insomma; poi al momento che si riteneva di poter rallentare, questo in realtà faceva crollare un po' tutto, come se le cose potessero andare avanti soltanto a forza di correre; io credo che questo sia abbastanza generale in un lavoro come il nostro.

DIZORZ Il signor direttore ha detto prima che sembra che siamo umiliati.

BASAGLIA Sì, io ho l'impressione che tutto lo staff del reparto B si senta un po' mortificato rispetto al resto dell'ospedale. Il reparto B è stato il reparto che ha iniziato questo nuovo tipo di approccio al malato; man mano che il resto dell'ospedale si è aperto e si è adeguato a quello che inizialmente era il reparto B, il reparto B ha avvertito come di restare in coda, insomma.

SILVESTRI Questa crisi del reparto, di noi anche, è dovuta alla crisi del lavoro, dell'ergoterapia: perché

una volta c'era più lavoro, erano più occupati.

DIZORZ Piuttosto insoddisfatti siamo.

SLAVICH Io penso che la crisi derivi non tanto dal fatto che il reparto sia cambiato dal meglio in peggio, quanto dal fatto che essendo diverso adesso si ha la sensazione che manchino gli strumenti per adeguare le attività della équipe alla nuova composizione del reparto, tanto più che la composizione numerica della équipe era stata pensata in funzione della composizione dei pazienti che erano stati scelti per il reparto. Cambiati i pazienti, e venuti meno determinati strumenti, dei quali uno sente più bisogno, un altro di meno (in genere tutti quanti gli infermieri pensano che il lavoro sia uno strumento molto importante per la vita ospedaliera), venuti meno questi strumenti, ed essendo in qualche modo la composizione percentuale degli infermieri rispetto ai pazienti divenuta insufficiente, una parte della équipe può sentirsi a disagio.

BASAGLIA Anch'io credo che ora sia diverso. Gli infermieri non vedono dei risultati abbastanza rapidi, come si vedevano tempo addietro: questa certamente non è una situazione molto gratificante per gli infermieri.

JERVIS Io credo che la caduta di certe opportunità di lavoro per i degenti abbia la sua importanza, perché

ho avuto l'impressione che nell'ospedale queste attività di lavoro sono venute a mancare prima che venissero sostituite da attività meno istituzionalizzanti e più avanzate.

DIZORZ Si, anche perché un pensionato che è fuori, per esempio, che non ha;impegni, se non ha il perché di alzarsi al mattino, dice: sto qua, tanto! Se magari invece ogni giorno dice: devo andare sul ponte dell'Isonzo a fare quattro passi, ha un perché di alzarsi, insomma. I malati questo non lo sentono più.

BASAGLIA Mi sembra che lei dica che il malato oggi, nel suo reparto, non ha altre alternative; o quella di essere in ozio o quella di scappare. Una delle due, queste sono le alternative che ha il malato, cioè non hanno l'ai- ternativa di lavorare e di non lavorare. Siccome non hanno la possibilità di lavorare, che vengano giù alle sette o alle dieci di mattina...

SLAVICH Ce ne sono trenta che lavorano, no?

DIZORZ Si, trenta-trentacinque. Come Brizzi. Stamattina gli ho detto: vai a lavorare? Lui: si, vado dalle nove e mezzo fino alle undici e mezzo, non sono abbastanza due ore? Io ho detto: se non puoi fare di più, bastano anche due!

SLAVICH Questa alternativa, se lavorare o non lavorare, Brizzi ce l'ha o no?

DIZORZ Questo è uno con cui si può parlare, con certi

non si può!

SLAVICH Il problema riguarda appunto gli altri trenta che non lavorano; nel ‘64 erano in tre che non lavoravano, uno perché era cieco, un altro perché era emiplegia) ed il terzo non lavorava e basta; adesso sono in trenta e popolano il reparto e stanno un po’ qui un po’ lì. Il fatto è, però, che non stanno più intorno al muro o seduti sulla panca, stanno invece magari a gruppetti, in due o tre, a parlare; questo c’è ancora nel reparto, mi pare, non so cosa sembra a voi, c’è ancora una certa vita di relazione.

DIZORZ A noi ci serve poco lo stesso, perché eravamo abituati un po’ meglio.

BASAGLIA Si sentono frustrati da questa situazione?

MIAN Ci sentiamo anche in colpa perché non riusciamo a condurre il reparto come prima.

SILVESTRI Io penso anche che sia una questione di soldi; loro dicono: tanto al sabato prendiamo quel tanto, se lavoriamo e se non lavoriamo! E allora si limitano a lavorare quell’ora di mattina e quell’ora al pomeriggio, qualcuno neanche ci va...

BASAGLIA Mi pare che Mian ha posto un argomento molto importante. Forse noi ci sentiamo in colpa, perché dovevamo cercare di riabilitare questi nuovi pazienti come avevamo fatto con gli altri; se siamo stati capaci di farlo con malati i quali erano

certamente in una situazione migliore di questi, con questi non siamo capaci, e allora ci sentiamo in colpa.

SILVESTRI Perché non ne siamo capaci?

SLAVICH Molto indicativo è il favore con il quale è stata accolta dagli infermieri l'iniziativa del terzo infermiere «volante»; questo terzo infermiere non va ad aumentare il numero degli infermieri che sono in reparto, bensì va in giro tutto il giorno per l'ospedale, parla con questo, parla con quest'altro, raccoglie delle osservazioni, ne discute con gli altri, per cui risolve anche in parte il suo problema; tutti fanno più volentieri questo lavoro di contatti multipli in giro.

BASAGLIA A me sembra molto interessante l'argomento che ha posto Mian. SILVESTRI Può darsi che sia una colpa nostra, ma può anche darsi che non lo sia.

BASAGLIA Siamo stati capaci di riabilitare il 50% dei pazienti che avevamo, cioè un risultato enorme; adesso abbiamo cambiato il tipo di « clienti », diciamo, e non siamo capaci di affrontare il problema come lo abbiamo affrontato l'altra volta. Qual è la ragione di tutto questo? Sono dei pazienti la cui riabilitazione è impossibile? Ci vuole più tempo? È l'ansia di quello che si vorrebbe fare e non si riesce a fare, o che si è fatto in precedenza in tempo più breve?

DIZORZ È anche l'anzianità. Io ho fatto una media un

giorno, ed ho concluso che come degenti siamo sulla media dei sessant'anni: e allora, miracoli li facevano i santi una volta, adesso non li fanno neanche loro più!

JERVIS L'età media di sessant'anni è molto alta.

SLAVICH Non è probabilmente un caso che, mentre nel '64 stavano tutti bene fisicamente, passati quattro anni ci sono ora diversi problemi medico-internistici.

BASAGLIA Si potrebbe dire allora che questo tipo di attività con malati di sessant'anni, è un tipo che frustra molto. Sì, perché se noi tendiamo a riabilitare anche chi forse non può essere riabilitato, per tante ragioni...

SLAVICH Forse il fatto è questo, che non sia tanto il lavorare con persone anziane, quanto il vedersele invecchiare sotto gli occhi. Un reparto di persone anziane è una cosa, invece un reparto di persone che dieci anni fa o cinque anni fa, quando si è iniziato, erano valide e adesso sono ancora qui e cominciano ad avere mal di cuore e non si potrebbe dimetterle se non altro che per questo: viene da pensare che per questi gli sforzi sono stati vani.

BASAGLIA Cioè il reparto si sarebbe trasformato in un reparto di assistenza a malati anziani; non sarebbe più un reparto di riabilitazione come era un tempo, ma sarebbe un reparto nel quale si fa dell'assistenza.

JERVIS Ci saranno tante cause per questa scontentezza sul reparto B, ma credo che il fatto che i pazienti del

reparto siano cambiati in questo modo e che adesso c'è un'età media di sessant'anni, in un certo senso basta a spiegare molte cose; mi sembra impossibile che in condizioni di questo genere si possa continuare secondo la linea di prima, io credo che c'è una realtà nettamente diversa e più difficile, è un problema nuovo.

SLAVICH Un problema nuovo, e secondo me le difficoltà riguardano questo problema nuovo, che adesso si stenta ad affrontare, e non il confronto con il passato, la nostalgia per i « tempi d'oro ».

BASAGLIA Ma gli infermieri fanno proprio questa comparazione. Quando non riescono ad ottenere quello a cui erano abituati, naturalmente si sentono frustrati, perché vedono che i loro sforzi vanno a vuoto. Questa è una mia ipotesi. Quando uno è scontento, la scontentezza ce l'ha per qualche cosa.

DIZORZ Perché si lavora e si fa, penso che quello che sto dicendo sia un'aspirazione di tutti, per avere una soddisfazione dal proprio lavoro; e invece in questo periodo mi sembra che non ne abbiamo.

BASAGLIA Che cosa intende lei per soddisfazione del lavoro?

DIZORZ I risultati; per esempio vedere ogni tanto Pilati uscire dalla sua cameretta, vederlo un giorno che parla, qualche cosa, non ho parole...

BASAGLIA Questo sarebbe un risultato?

DIZORZ Per conto mio, si.

BASAGLIA E i malati? Ne sono rimasti venticinque: che abbiano una umiliazione, una frustrazione dal fatto che non sono più omogenei con gli altri?

SILVESTRI Penso di sì. C'erano diversi che dovevano andare a casa, e loro se la sono presa su quel punto lì; mentre gli altri sono andati a casa, loro sono rimasti, per cause familiari o per altre cause.

SLAVICH Questo è, in effetti, un anno disastroso per le dimissioni dal reparto B.

STURM Anche in quanto al lavoro, dottore; siccome vanno fuori, vanno in città al sabato, vanno di qua e di là, vedono e sanno l'importanza dei soldi. E allora io penso che per questo il lavoro non gli garba molto, in quanto sanno quanto prendono, quella misera paga, fanno il confronto con fuori e vedono che sono pochi soldi e pertanto dicono: perché io devo lavorare tanto se mi dànno questo ricavato?

SLAVICH Da un po' di tempo, almeno in quest'anno, quelli che sono andati a casa sono quelli che erano venuti da poco, ed erano prima al reparto osservazione; stanno lì due-tre mesi, e se si parla ora di dimissioni si parla di questi, e non di quelli che speravano invece di essere dimessi.

MIAN Per noi era una grande soddisfazione vedere Marri

e altri, dopo tanti anni di degenza essere dimessi.

BASAGLIA La dimissione del 50% dei degenti è però già enorme.

JERVIS E dopo? Sono rimasti gli scarti, allora? Significa che nel reparto ce n'è abbastanza per creare un disagio gravissimo.

DIZORZ ... Che gli ammalati siano stati dimessi, che vengano a trovarci, ci espongano i loro problemi, tutto questo ci fa piacere, e ci fa anche pensare a cosa si faceva e alle cose che non si può fare oggi.

BASAGLIA Cioè cosà si faceva?

DIZORZ Con quello che abbiamo fatto siamo riusciti a dimettere quei degenti e quelli vengono dentro, vengono lì e ci salutano, vuol dire che riconoscono che hanno avuto qualcosa da questo reparto, che gli abbiamo dato qualcosa, qualcosa che adesso non si può dare più.

BASAGLIA Questo è il fatto, se non si può dar niente, O se non siamo più capaci di dare, questo mi pare che sia un argomento di discussione importante. Bisogna vedere la realtà qual è. Cioè il reparto è fatto di sessanta persone di cui tre quarti sono persone che superano i sessant'anni.

VASCON Come è avvenuto il fatto che ci sia stata una concentrazione di persone anziane o perlomeno le sostituzioni siano inevitabilmente avvenute tutte, verso

questo reparto, con persone anziane? Sono stati dimessi i giovani d'accordo, ma poi le sostituzioni devono essere avvenute quasi sempre con persone anziane, per aver avuto una media così alta.

SLAVICH Perché chi « sedimenta » adesso in ospedale, sono sempre persone anziane; l'altra grossa fonte di provenienza dei pazienti che sono venuti al reparto B, è stato il reparto C; quando era chiuso questo reparto in quattro mesi ha mandato al reparto B una quindicina di persone, ed erano tutte persone anziane. Cioè, in fondo, è tutto l'ospedale che è vecchio; è vecchio sia perché passano gli anni per quelli che non sono andati a casa, sia perché oggi, fra i nuovi ingressi, sedimentano solo persone anziane.

VASCON Questo potrebbe essere anche un dato positivo in effetti.

SLAVICH A considerarlo dall'esterno, sì; a viverlo dall'interno, c'è da tener conto del senso di impotenza che ne può derivare...

BASAGLIA Il fatto è che se non sono « cose » i malati, per noi non sono cose, e non siamo cose nemmeno noi. Non è che noi siamo un oggetto che serve per curare i malati, siamo delle persone e quindi abbiamo delle ripercussioni psicologiche emotive in noi stessi. Appunto dico, se non consideriamo cose i malati, non dobbiamo considerarci cose nemmeno noi... Questo

stato di sofferenza, di angoscia che abbiamo in riferimento al reparto che non è più quello di prima, forse evidenzia anche una proiezione nostra nei confronti dei malati; una proiezione che è sbagliata, perché siccome noi siamo in ansia perché non riusciamo a fare quello che vorremmo fare, certamente anche il risultato nella valutazione del malato non è positivo.

VASCON Certo, lavorando con meno soddisfazione, come dicono loro, « non abbiamo nemmeno la soddisfazione del lavoro »...

DIZORZ Certo, adesso ne abbiamo meno di una volta.

BASAGLIA Succede sempre lavorando in un reparto di lungo-degenti; negli altri reparti la situazione è piuttosto gratificante, perché i malati entrano, escono dopo un mese, ristabiliti, quindi ci sentiamo tutti quanti molto bravi perché riusciamo a curare e a dimettere. Il reparto lungo-degenti da dove escono in un anno setteotto persone, se escono, è un lavoro molto frustrante, che pesa. Siccome il reparto B è riuscito a dimettere molte persone in poco tempo, era in un certo senso avvicinabile al reparto osservazione.

SLAVICH E questo indica un poco come la soddisfazione è vista nella produzione di dimissioni da parte dell'ospedale.

BASAGLIA Cioè nel far... gente « sana ».

SLAVICH ... E se non si vede altro scopo, in difetto di una dimissione sembra che crolli tutto.

SILVESTRI Però penso che un certo malumore nel nostro reparto sia stato provocato anche perché un anno o due fa sono state fatte troppe promesse. Sono stati dimessi venticinque, ne sono rimasti venticinque, potevano forse uscire anche questi, ma poi sono subentrati motivi familiari...

BASAGLIA Non siamo mica onnipotenti.

SILVESTRI Non sono stati dimessi non per causa dell'ospedale, ma per cause familiari...

DIZORZ Penso che sia per l'ergoterapia che abbiano lasciato andare...

SLAVICH Spesso gli infermieri e il medico, quando vedono tutto il giorno in reparto un paziente che « si comporta bene » e quindi « sta bene », fra virgolette, sentono lo stimolo e la necessità di dimettere questa persona che hanno sempre sottocchio, forse di più di quel paziente il quale è via tutto il giorno e lavora, ordinatamente, qua o là per l'ospedale. Io penso quindi che non sia tanto per il lavoro, quanto piuttosto forse è in crisi il meccanismo per mettere veramente in contatto il paziente con l'esterno, naturalmente non solo nel senso di andare a passeggio per la città.

JERVIS Quando noi consideriamo un paziente che zappa tutto il giorno alla colonia agricola, noi non lo

vediamo, per noi non è un problema, anche perché è li, sappiamo cosa fa, è sistemato, in un certo senso ha trovato la sua soluzione: zappa. Se lo stesso paziente sta in reparto tutto il giorno, diciamo « insomma cosa fa, non fa niente, bisogna fare qualche cosa »: ci mette in crisi.

BASAGLIA Si, però noi pensiamo anche che zappando, quel paziente fa una determinata attività che gli è utile; e lo stare tutto il giorno seduto nel reparto pensiamo sia meno utile per lui che zappare la terra.

JERVIS Senza dubbio.

BASAGLIA Se questo sia vero o no, credo sia un problema da discutere.

DIZORZ Perché si parla di inserimento nella società, io penso che ci vorrà anche il lavoro, perché non avranno tutti la fortuna di uscire di qui e di vivere di gloria...

JERVIS Sì, però lavoro significa qualificazione; certamente una delle cose più necessarie per inserire un malato nella società è di qualificarlo, cioè dargli delle conoscenze che gli permettano di svolgere un lavoro semispecializzato o specializzato; ora io non credo che le attività di lavoro in ospedale siano delle attività qualificate, tuttalpiù producono un manovale, ed un manovale non è più una qualifica oggi, non serve a niente.

DIZORZ Gli ammalati, gli uomini e le donne, sono quelli che sono...

JERVIS Io faccio notare che c'è proprio una differenza rispetto a quello che poteva essere venti-trent'anni fa; vent'anni fa si poteva dire « questo malato lavora in colonia agricola, sa zappare la terra, fa il manovale agricolo, il lavoro lo trova in una azienda agricola, fuori »; oggi la stessa persona non trova più il posto in una azienda agricola, quindi questo lavoro deve cambiare. Può darsi che zappare la terra sia utile, ma non serve a reinserire un malato nel mondo esterno. Va già meglio uno che fa il barista, eppure non credo che un barista trovi molto facilmente da lavorare fuori.

BASAGLIA Danieli ha trovato lavoro fuori.

JERVIS Ma siamo stati fortunati.

VASCON Ma adesso credo proprio che sia una questione da considerare dall'esterno; chi dirige l'attività della colonia agricola, non ha mai pensato a forme più moderne, che sarebbero anche veicolo pedagogico, cioè mettere in atto colture di frutta (per esempio le fragole che sono poco costose come coltura, ma che bisogna imparare a coltivare), in maniera tale che chi lavorasse a questo tipo di coltivazione, avrebbe un possibile impiego, molto semplice ma già lievemente specializzato. Forse questa è una colonia agricola a

conduzione generica, tipo fattoria, senza pensare che forse si potrebbero fare con un minimo costo, delle conversioni agricole che fossero anche terapeutiche. Il legame tra conversioni agricole e terapia, sembra lontano ma può esistere.

JERVIS Penso bene che può esistere; una colonia agricola come questa, credo che sia identica a quella del secolo scorso, sia dal punto di vista della terapeuticità verso i malati, sia dal punto di vista della sua produttività.

VASCON In campagna, attualmente, ci sono delle cose dove certo il bracciante non esiste più, però c'è per esempio l'operaio da frutteto che deve essere uno specialista, che sostituisce il bracciante antico; è già uno specialista, deve sapere alcune cose specifiche, quindi forse qui la conversione agricola fatta in una certa maniera potrebbe essere producente.

BASAGLIA Si, però siamo sempre su due punti di vista diversi; o tutti lavorano perché lavorando hanno una determinata riabilitazione, perché « dimenticano » di stare male, o perché passano la giornata. Oppure si enfatizza invece l'aspetto diciamo cosi comunitario, il lavoro come occasione di incontri, di discussione, ecc. Sono proprio due diversi modi di porsi di fronte al lavoro dei malati.

JERVIS Non c'è una contrapposizione fra ergoterapia,

attività e discussione; si tratta di polemizzare cioè con la vecchia concezione dell'ergoterapia e di creare una nuova forma di attività; e questa attività di lavoro può essere utilizzata per discutere e dialettizzare questo lavoro; la contrapposizione fra lavoro e discussione non mi sembra giusta.

BASAGLIA Forse possiamo essere d'accordo su questo. Cosa dicono loro su questo? Lei pensa il lavoro come unica alternativa, cioè il lavoro in sé fatto dalla mattina alla sera, oppure le pare debba essere considerato come fonte di possibilità di discussione e di incontri?

DIZORZ Io comprendo signor direttore, o perlomeno credo di comprendere quello che dice; so che è importantissima la discussione, ma con questa discussione, non voglio fare una critica, le riunioni che facciamo ogni giorno, se anche qualcuno avesse la intenzione di lavorare p di fare qualcosa, viene interrotto, e allora lei piuttosto di rompere la discussione che le sembra sia più utile, lascia correre con l'ergoterapia.

SLAVICH Scusi Dizorz, però qui secondo me torna fuori un problema sul quale abbiamo già a lungo discusso. Ad un certo punto, perché non si può fare l'uno e l'altro? Cioè, se si considera che la ergoterapia è legata all'ospedale in quanto iniziativa medica, allora

non vedo perché debba essere fatta per tutte le ventiquattro ore della giornata; forse si tratta di organizzare l'ergoterapia in modo che ci sia un periodo della giornata in cui si lavora e un altro periodo della giornata in cui si discute, oppure si discute lavorando; però in fondo il lavoro di otto ore in ospedale non c'entra con l'« ergoterapia », c'entra soltanto con il fatto che i servizi generali fanno otto ore di lavoro: cioè queste otto ore non dipendono da una istanza terapeutica, ma dalle necessità dell'ospedale.

JERVIS A me sembra che otto ore sono comunque troppe, non vedo nessun motivo per cui uno debba lavorare otto ore, invecchiare con una misura di tempo, di lavoro giornaliero cosi grande indubbiamente impedisce molti contatti interpersonali e molte partecipazioni comunitarie.

VASCON Probabilmente è una domanda che vi siete già posti, una domanda all'esterno, cosi: secondo l'esperienza fatta da voi, quelli che lavoravano, che disponibilità avevano poi riguardo alla attività della comunità, cioè trovavano una loro maniera di essere soltanto nel lavoro e poi si estraniavano dal resto della comunità?

DIZORZ No, avevano anche atteggiamenti comunitari, parlavano e assistevano volentieri anche alle riunioni,

e anche tra loro parlavano.

VASCON Lei suppone quindi che il lavoro in qualche maniera li rendesse maggiormente disponibili verso la comunità?

DIZORZ Questo non lo so dire; la gente capiva, diceva « si deve lavorare, anche se si va fuori di qui si deve lavorare » e quindi lavoravano, e partecipavano.

Nella primavera del 1967 i reparti C, uomini e donne, erano la colpa della comunità: unici reparti ancora chiusi in un ospedale senza sbarre, erano l'immagine della vecchia istituzione. Mettevano in colpa la équipe curante ansiosa di affrettare le tappe della totale liberalizzazione, e a disagio gli ammalati « liberi » che malvolentieri passavano lungo il viale davanti ai padiglioni-gabbia. La comunità aveva già attuato trasformazioni e miglioramenti in quei reparti, ma non ancora aperto le porte e abbattuto le reti. Nei reparti C erano anche finiti i più vecchi e i più regrediti fra i malati, sicché l'ambiente non demeritava il titolo di « fossa dei serpenti ». Ammalati sporchi, bavosi, vocianti, pronti ad azzuffarsi per una cicca oppure silenziosi da anni, pietrificati, che solo con il gesto della mano e il movimento delle labbra rivelavano ancora la presenza chissà dove sedimentata di immagini e di parole. Più cose che uomini. D'altra parte tutta la liberalizzazione era avvenuta per gradi ed era logico che ci fosse una fase

ultima, posteriore alle altre. Inoltre l'apertura dei C era subordinata alla totale adesione e al convincimento di tutti i componenti la comunità. Ciò nonostante questo momento era vissuto da tutti con notevole impazienza. L'intervista che segue è stata registrata con il medico responsabile del reparto C uomini poco tempo prima che esso venisse liberalizzato.

D Può darmi un esempio di cosa avviene nel reparto chiuso e che questo esempio valga anche nella sua « drammaticità » a dire che cos'è il C rispetto agli altri reparti della comunità?

PIRELLA Il reparto chiuso rappresenta in un certo senso la conservazione dei rapporti gerarchici che noi consideriamo antiterapeutici, conservazione e anche esasperazione perché riguardano non soltanto l'équipe curante, ma proprio una gerarchizzazione nei pazienti stessi. Cioè c'è una disposizione dei pazienti all'interno di questa struttura chiusa, di questa istituzione chiusa e separata dalla comunità più ampia. I pazienti vivono l'uno con l'altro come dei ranghi. Ad esempio c'è il paziente che può usufruire della sigaretta fino in fondo, se la fuma tranquillamente, nonostante le richieste che gli vengono fatte più o meno pressanti da parte degli altri pazienti e c'è il paziente invece che non può fumare fino in fondo perché deve cedere la sua sigaretta ad un altro

paziente che sta implorando o che sta pretendendo. Poi c'è un altro tipo di pazienti ai quali gli altri richiedono la cicca e solitamente non chiedono la sigaretta. Addirittura c'è poi un paziente o due che si mettono in fila per questa seconda cicca, cioè per questo esilissimo mozzicone che passa nelle labbra di questi ultimi. Io credo che questo sia una specie di residuo di una situazione istituzionale che abbiamo ereditato e contro il quale ovviamente combattiamo.

D Questa gerarchizzazione della cicca, diciamo cosi, avviene secondo il grado di malattia dei pazienti?

PIRELLA Io penso che sia in gran parte indipendente dalla malattia e che abbia invece rapporto da una parte con la fragilità della personalità di certi pazienti i quali cosi hanno subito maggiormente la pressione della istituzione chiusa, la violenza di questa chiusura, dall'altra parte con un lato che direi socioeconomico. Noi in questo reparto, e questo è un dato abbastanza significativo sul piano sociale, abbiamo oltre il 50% dei pazienti che non ricevono visite dall'esterno. Alcuni sono cittadini jugoslavi e altri sono persone che non hanno più parenti o che hanno parenti che non vengono più a trovarli, che si disinteressano. D Sono uomini abbandonati...

PIRELLA Sono persone abbandonate e non hanno la possibilità di avere denaro con facilità, non sono in

grado di svolgere attività e quindi penso che con più facilità hanno accettato passivamente questa regola della richiesta della sigaretta. D Tutto questo fa contrasto incredibilmente con il resto dell'ospedale, della comunità e quindi forse diventa ancora più drammatico...

PIRELLA Si, esiste il problema del reparto chiuso principalmente come rapporto tra questa realtà residua gravemente istituzionale e il resto dell'ospedale che matura. Proprio a questo proposito si è fatto uno sforzo significativo per concentrare la nostra attenzione su questo reparto e si sono ottenuti dei risultati già in questo primo anno di impegno, che lasciano pensare che ci siano possibilità di modificare abbastanza profondamente anche questa situazione. D I malati del reparto chiuso, il reparto C, sono più ammalati degli altri, hanno delle lesioni per cui la malattia si manifesta in maniera più violenta, più drammatica?

PIRELLA Prima ho accennato alla fragilità della personalità di questi pazienti; indubbiamente alcuni di questi pazienti hanno delle lesioni organiche, sono dei gravi dementi, dei cerebropatici, per i quali si può dire che l'abbandono in una situazione di chiusura ha più facilmente portato ad un comportamento cosi regredito. Per altri pazienti invece questo discorso

non vale; sono pazienti che noi pensiamo siano il cattivo frutto di un fallimento terapeutico, di quello che noi spesso chiamiamo il fallimento della psichiatria istituzionale. D Quindi voi pensate che abbattendo il muretto, abbattendo le sbarre, aprendo insomma il reparto otterreste dei risultati?

PIRELLA L'abbattimento delle barriere fisiche del reparto e quindi l'apertura del reparto è condizionata da una serie di impegni che secondo noi non sono soltanto impegni del personale, della équipe medica ma anche di tutta la comunità. Penso che se la comunità nel suo insieme, quindi anche i degenti dei reparti aperti, non collaborano, non si impegnano affinché questi due ultimi reparti chiusi possano venire aperti, noi non potremo ottenere dei risultati.

D C'è emozione nel resto della comunità per il reparto chiuso?

PIRELLA Abbastanza significativa, tanto è vero che in lunghe discussioni nelle assemblée generali si è pensato di fare qualcosa per questi reparti e questo qualcosa di volta in volta si è concretato in modo un po' frammentario fino però ad assumere una connotazione molto precisa. Cioè si è stabilito che al bar una piccola tassa sui generi di consumo andasse a beneficio di questi due reparti chiusi e adesso mensilmente una somma viene versata a questi reparti.

> Tra il resto possiamo dire che mentre questa somma testimonia dell'interesse dei degenti dei reparti aperti verso i degenti del reparto chiuso, permette anche concretamente di ovviare ad alcuni degli inconvenienti di cui si diceva prima e cioè per esempio alla mancanza di denaro da parte di alcuni degenti dei reparti chiusi.

Le riunioni di reparto si svolgono prima o dopo il pranzo tra le diciassette e le diciannove, all'aperto o all'interno, secondo la stagione. Sono presenti in media da quindici a trenta persone. La discussione nasce spontanea e non preordinata. Nei reparti di lungo-degenti si sviluppa tra silenzi lunghissimi, pause e fratture del discorso; rapida e normale nel suo andamento fra i malati in progresso nei reparti di breve-degenti. Si discutono temi di carattere generale o problemi del reparto. Prevalgono nella conversazione i racconti dei rapporti con la famiglia, con l'ambiente del lavoro, con la società in generale e la discussione dei permessi di libera uscita. Questi permessi sono, difatti, concessi, durante le assemblee di reparto, dopo che il gruppo, medici e infermieri compresi, ha preso in esame le condizioni dell'ammalato, le ha discusse con lui e ha ricevuto assicurazione di buon comportamento all'esterno, di autocontrollo, di rispetto dei tempi concessi. Queste

assicurazioni sono particolarmente richieste nel reparto alcolisti, dove gli elementi in via di guarigione dominano la situazione e sono assolutamente intransigenti sulla mancanza di parola. Ce ne parla il medico responsabile del reparto.

CASAGRANDE La comunità considera un successo o un insuccesso degli altri come un successo o un insuccesso proprio. Molto spesso ad esempio avviene che una persona dia la propria parola e faccia delle promesse che poi non mantiene. Al ritorno, prima o poi, anche a distanza di tempo, la comunità lo richiama alle proprie responsabilità. La persona si sente notevolmente frustrata, anche perché sente di aver tradito gli altri. Quando invece una persona chiede ad un'altra di non bere e questo va fuori e non beve e al ritorno non ha bevuto, sente il successo dell'altro come un proprio successo perché vede che ha anche lui una possibilità se l'altro è riuscito a farcela. Quindi direi che è questo il fattore che tiene legate queste persone, il fatto di avere un problema in comune e di affrontarlo insieme. Come dicevo prima questo crea un legame che però non è sufficiente ed è per questo che sono invitati ad intervenire spesso anche i parenti: una o due volte alla settimana si hanno riunioni con i familiari, inoltre vanno fuori spesso in

gita soli o con l'infermiere: gite che loro stessi decidono, gite in cui molto spesso fanno loro da mangiare, in cui si impegnano vicendevolmente a combattere questa loro battaglia fuori. Succedeva spesso che molte di queste persone andando in gita assieme agli altri dell'ospedale non bevevano e se capita che qualche volta qualcuno beva e al massimo è capitato che uno beva un quarto di vino, la prima cosa che fanno al ritorno è una discussione su questo fatto, non solo per accusare l'altro di aver bevuto o meno, ma per vedere i motivi per cui l'altro ha bevuto.

D È una riassunzione di responsabilità in sostanza.

CASAGRANDE E poi sono abituati a fare delle piccole scelte, continuamente. Mi viene in mente un esempio recentissimo di una persona che aveva cominciato a bere nuovamente. È venuto in comunità e voleva farsi ricoverare; non era possibile il ricovero per motivi particolari (lui aveva un processo e l'avvocato non voleva che fosse ricoverato proprio all'inizio del processo). Allora la comunità gli ha offerto un aiuto attraverso altre modalità, però queste modalità dovevano passare attraverso la sua responsabilità. A questo punto la comunità l'ha messo di fronte alla responsabilità, e non è stato il medico, ma la comunità. Hanno detto: noi siamo disposti ad aiutarti se tu fai questo. E quello che gli era chiesto era di

venire in ospedale dalla mattina alla sera e di impegnarsi a venire tutti i giorni. Lui diceva: rimandiamo a giovedì. La comunità ha detto no, noi vogliamo sapere adesso, noi siamo disposti ad aiutarti ma vogliamo sapere adesso. Questo ha messo notevolmente in imbarazzo questa persona, era una piccolissima scelta che doveva fare e non sapeva fare neanche questa. Finché è stato quasi costretto a farla: ha accettato quello che la comunità gli offriva dopo aver vagliato varie possibilità; hanno cercato di favorirlo al massimo, però arrivati a questo punto l'hanno messo davanti ad un aut-aut. In questo modo lui ha dovuto scegliere e adesso viene; è una persona che va bene attualmente. Sono piccole scelte giornaliere che preparano l'individuo a una maggiore possibilità di scelta e anche di visione della situazione.

D Lei ha questa sensazione di tutti i giorni, di avere nel reparto i degenti corresponsabili con l'azione medica...

CASAGRANDE Sì, direi che continuamente sono sottoposti ad azioni di responsabilità, perché è la situazione stessa. Non essendo in una situazione chiusa, essendoci molta libertà di movimento, essendoci delle possibilità di fare delle scelte giornaliere, per esempio partecipare o meno al lavoro

degli altri, andare fuori a bere perché in qualche modo è abbastanza facile, oppure non andare fuori, cercare di farsi portare vino dentro o meno, partecipare o meno alle varie attività, ecc. Ebbene, continuamente è la comunità a responsabilizzarlo, nel senso che partecipando a tutte le attività insieme, se manca uno, viene notato e quello viene richiamato alla responsabilità, ma naturalmente la stessa persona che sta richiamando l'altro alla sua responsabilità in qualche modo deve autoresponsabilizzarsi, perché sa benissimo che un domani verrebbe anche lui richiamato. E non è più né la madre, né il padre, né il medico che lo fa (il medico potrebbe esser visto proprio come l'autorità costituita), ma sono gli altri, gli altri coi quali lui ha contatto, gli altri che lui tenta continuamente di strumentalizzare ma dai quali è continuamente strumentalizzato. Prima o poi la persona, a forza di strumentalizzare gli altri ed essere a sua volta strumentalizzata, viene messa in crisi, si trova al punto in cui in qualche modo deve fare le sue scelte.

La responsabilizzazione del gruppo vista da vicino è un avvenimento entusiasmante anche se è il contrario della perfezione, dato ch'essa si fa strada in un ambiente difficile, sospettoso, che soffre gravi momenti di

irresponsabilità, di regressione e costa comunque una grande fatica agli ammalati e alla équipe curante. Del resto la situazione varia da un reparto all'altro. Nel reparto A donne che raccoglie tutte le nuove entrate ed è composto prevalentemente di breve-degenti, le interrelazioni di gruppo sono più fluide.

D Lei fa delle riunioni di reparto con le degenti, vedo. Ha potuto rilevare degli effetti, dopo queste riunioni?

JERVIS Non me lo sono mai chiesto veramente, ma bisogna anche sapere quali effetti si cercano. Le riunioni sono quotidiane, e quando per un caso le interrompiamo per qualche giorno, ne sentiamo il bisogno. Del resto la struttura e il clima del reparto mutano per una quantità di fattori, la maggior parte dei quali non sono direttamente controllabili: pensi alla rete di dinamiche emotive che legano fra di loro le malate, le infermiere, i medici; tutto il reparto risente di fattori inconsci che riguardano moltissime persone e non possono venire esaminati se non molto grossolanamente, e spesso la riunione serale non fa che raccoglierli. Quando si vede che qualcosa sta cambiando nella struttura e nel clima del reparto, non si può sempre capire con esattezza quale sia stata la causa principale del cambiamento: è certo però che le riunioni di reparto sono molto importanti da questo

punto di vista.

D Lei dirige queste riunioni?

JERVIS Non sempre, ma comunque le dirigo più di quanto vorrei. Le degenti si rivolgono facilmente allo psichiatra in modo diretto, attribuendogli un potere che non ha e non può avere, e questo è naturalmente uno degli argomenti più frequenti di discussione. L'ideale sarebbe di avere riunioni ancora più informali, in cui la presenza del medico non sia determinante, o addirittura finisca per diventare marginale. A volte sembra che ci si riesca, ma praticamente la presenza del medico in una riunione di degenti è sempre determinante, che lo si desideri o no. Tenga conto che riunioni del genere sono più che altro occasioni di incontro per grandi gruppi, di venti o trenta persone, e non riunioni di psicoterapia o riunioni di lavoro. Facilmente la riunione si divide in gruppi più piccoli, alle volte capita che molte degenti del reparto siano assenti. Le dinamiche sono molto varie, spesso appassionanti.

D Questo è un reparto di breve-degenti, ed è qui che una malata entra quando arriva in ospedale: in generale, nota che vi sia una certa difficoltà a ambientarsi, per esempio per quanto riguarda queste riunioni?

JERVIS È difficile dare una risposta generale. Dipende in buona parte dalle modalità di ricovero, e le difficoltà

maggiori si hanno evidentemente con i ricoveri coatti, con le malate che sono arrivate qui in ambulanza, magari legate, o portate con l'inganno. Però ci sono anche delle ricoverate che vengono volontariamente come assistite dalle mutue, talora con dei problemi nevrotici familiari che non migliorano se non in modo apparente con il ricovero, e che appartengono magari a ceti un po' più agiati: con queste persone si ha difficoltà a rompere una certa tendenza all'isolamento, o alla ricerca di un rapporto interpersonale privilegiato con il medico. Spesso le riunioni vengono evitate nei primi giorni di degenza: allora nasce il problema se incoraggiare un rapporto personale con la malata, o se spingerla verso i gruppi informali e le riunioni.

D Se ben comprendo lei preferisce l'approccio di gruppo a quello individuale?

JERVIS Non so se sia questo il problema, anche se risponderei di si. Il rapporto medico-paziente è in un certo senso ineliminabile, e bisogna conoscere la sua complessità. D'altro lato qualsiasi rapporto, individuale o di gruppo, rischia di essere un rapporto tecnico, in cui il medico accetta di essere considerato onnipotente, o soltanto «buono», oppure «giusto», o «punitivo»: si creano insomma dei fantasmi. Per questo cerco se possibile di coinvolgere in questo

rapporto sempre altre persone, i parenti della malata, una infermiera o due, altre malate, a seconda dei casi, di come capita la situazione. Non è un vero gruppo, ma il carattere informale di questi incontri li rende più reali. Qualche volta è meglio essere soli, ma il rapporto psichiatra-paziente può essere altrettanto artificioso e mistificato da solo che in un approccio « di gruppo » standardizzato e asettico.

Nell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia lavora, a pieno tempo, uno psicologo. Anche qui, la definizione di un ruolo è molto diversa da quella tradizionale.

D Lei è venuta a lavorare qui come psicologa: in che cosa consiste il suo lavoro?

LETIZIA JERVIS Non è facile descrivere un lavoro che per molto tempo non ha avuto caratteristiche, diciamo cosi, « positive », ma è stato solo « negativo », quasi sospeso nel vuoto per vari mesi. Ho fatto qualche test, naturalmente, ma pochi, e in un primo momento neanche quelli.

D Ma in che senso chiama queste caratteristiche negative?

LETIZIA JERVIS Potrei dire meglio « di negazione ». La mia è stata una condizione privilegiata, perché ho potuto scegliere tra portarmi dietro l'armamentario tradizionale della psicologia clinica e provare a

usarlo « in modo nuovo», e non portarmi dietro niente, entrare semplicemente nel campo e cercare di agire. Ho scelto questa seconda alternativa, per questo parlavo di « restare sospesa»: vede, i medici hanno come punto di riferimento un ruolo tradizionale da distruggere, si confrontano continuamente con quel che non vogliono essere, e non potrebbero fare altrimenti perché sono richieste loro prestazioni «tecniche» che non possono non dare. La mia scelta è stata diversa proprio per potersi confrontare con la loro posizione seguendo un altro itinerario. D Quindi lei ha cercato una via diversa, abbandonando del tutto le tecniche della sua specialità.

LETIZIA JERVIS Direi che sarebbe illusorio pensare di poter abbandonare tutte le tecniche: si può scegliere di non usare certi strumenti, ma certo si agisce sempre nella situazione con tutto il modo di essere che la specialità di ognuno gli fa assorbire, gli fa indossare insieme con le tecniche. La mia scelta è stata quella di non utilizzare il ruolo tradizionale come termine di confronto, soltanto questo, cercare di confrontarmi con le persone non con i ruoli, o almeno vedere se è possibile. Del resto molti psicologi stanno cercando quale sia il loro ruolo nell'istituzione psichiatrica e ci sono molte incertezze e anche molte divergenze su questo punto. In Francia per esempio hanno affrontato

il problema su un numero dell'« Information Psychiatrique », e hanno concluso che il tirocinio psicoanalitico è la chiave d'oro per lo psicologo che voglia veramente entrare nell'istituzione psichiatrica.

D Non mi pare che lei sia dello stesso avviso.

LETIZIA JERVIS Sto cercando di liberarmi da una tecnica di oggettivazione del malato, e penso che prima di abbracciarne un'altra sia necessario verificare che cosa significhi il rifiuto di un atteggiamento oggettivante tecnicistico.

D Le esperienze di questi primi mesi di lavoro le hanno dato qualche indicazione?

LETIZIA JERVIS Si, certo, ma penso che siano indicazioni ancora ambigue. Da un lato la mancanza di punti di riferimento per « collocarmi » in qualche posto induce a pensare che io sia una sorta di medico incompleto, perché faccio le stesse cose dei colleghi psichiatri senza prescrivere farmaci e, ovviamente, senza occuparmi dell'aspetto medico generale dei pazienti, di cui a volte loro si devono occupare. D E Questa reazione dei degenti è difficile da modificare?

LETIZIA JERVIS Non direi solo dei degenti, anzi direi che questo atteggiamento è forse più dei colleghi, o degli infermieri, e mio: il mio timore che tutto lo sforzo di non confrontarsi con il ruolo tradizionale dello psicologo si riduca a paragonarsi ai medici.

Molti degenti anzi hanno afferrato subito il lato nuovo e per cercare di darmi una identità mi hanno fatto una quantità di domande personali. Non c'erano le tecniche a fare da intermediari: le medicine, i test (anzi potrei dire, più raffinatamente, la situazione di test). D In questo modo si è creato allora un nuovo tipo di rapporto con i degenti.

LETIZIA JERVIS È stata resa evidente un'alternativa allo stereotipo tradizionale dello psichiatra. Farsi definire dai degenti, e cercare di superare costantemente con loro questa definizione, è la prima indicazione antistitu- zionalizzante del mio lavoro qui: per lo psicologo, almeno! Naturalmente ci sono grossi rischi: di non analizzare realisticamente questo « nuovo » rapporto, e cadere nell'estemporaneità della pratica quotidiana, disancorata anche dalla tecnica e quindi del tutto incontrollata. Oppure di utilizzare una falsa reciprocità per l'acquisto di una buona coscienza, che giustifichi la fatica di perdere col ruolo la propria identità, perdere la facciata abituale, ed essere costretti a rifabbricarsi continuamente nel confronto cogli altri.

« Quando noi vediamo che il malato viene qui e sembra perso e deve essere seguito, seguito, seguito e noi lo seguiamo e dopo possiamo dire: eccolo, finalmente può andare da solo. Per noi è una soddisfazione ». Questo dice

l'infermiere Di Lillo e con questa frase semplice e spontanea riassume lo stato d'animo della maggior parte dei suoi centocinquanta colleghi, uomini e donne. In particolare i più giovani sono soddisfatti e orgogliosi dei risultati raggiunti dalla comunità e della loro nuova posizione. Da alcuni anni a questa parte la loro funzione è completamente mutata: erano gli uomini che facevano lugubrmente scattare i catenacci. Eravamo carcerieri, dicono. Adesso, in continuo contatto con i degenti nei reparti, durante le passeggiate, al bar, nelle partite a carte, hanno una possibilità di approccio con il malato che può sintonizzarsi di volta in volta con il singolo soggetto in rapporto alla situazione generale e viceversa. Hanno quindi una posizione mediana indispensabile fra malato e équipe medica; una lente che può mettere a fuoco o confondere i rapporti tra le parti. Alcuni sono rimasti indifferenti al mutamento avvenuto nell'ospedale, altri addirittura hanno nostalgia per il tempo antico quando bastava chiudere e badare che i malati non scappassero, le responsabilità erano poche, le soddisfazioni nessuna. In sostanza se esiste un piccolo gruppo di opposizione tra infermieri e infermiere credo ch'esso alimenti il suo atteggiamento in una attesa, delusa, di miglioramenti di carattere economico, espressa dalla equazione: maggiore responsabilità, maggiore paga. Purtroppo questo tipo di miglioramenti non possono essere attuati dalla

microsocietà cui essi appartengono, ma dalla grande società attraverso le sue regole, i contratti di lavoro, le lotte sindacali e la evoluzione delle generali condizioni del settore ospedaliero italiano.

Dal colloquio con alcuni infermieri (Augusto Benossi e Silvestro Troncar) e infermiere (Anita Jerman e Luciana Marega) emergono soprattutto i grandi temi del rinnovamento istituzionale e il valore della scoperta di un nuovo tipo di rapporto col degente.

D In sostanza, mettendo in opera i metodi attuali, voi fate più fatica di una volta?

JERMAN Direi di no. Non si fa più fatica. Si tratta di una situazione di lavoro nuova, completamente diversa di quella di prima in cui l'infermiere invece di essere un guardiano è membro della comunità. D Può fare degli esempi?

MAREGA Per conto mio la cosa importante è assistere questi malati, ma non tanto l'assistenza quanto infondere fiducia in se stessi per essere nuovamente inseriti nella società. E questa è una cosa che penso tutti qui hanno capito. D Come reagiscono gli ammalati?

JERMAN Gli ammalati reagiscono bene, direi, se sono avvicinati in modo adeguato. Cioè quando l'approccio tra infermiere e ammalato è il più possibile libero. Quindi se all'infermiere e all'infermiera è stata data

fiducia e responsabilità nel suo lavoro, nella stessa misura saprà infonderla agli ammalati. Quindi tanto più è libero l'infermiere, tanto più il rapporto con l'ammalato sarà migliore.

D E come vi regolate con quelli che vengono qui per la prima volta?

MAREGA Cerchiamo innanzitutto di capirli, al primo momento, e di stare al massimo vicino a loro; ma si ambientano cosi presto perché qui è un ambiente cosi libero...

D Ma non arrivano prevenuti verso l'ospedale?

MAREGA Si, arrivano prevenuti ma si ambientano subito ai primi approcci con noi e anche con l'ambiente. Appena si guardano in giro si ambientano subito.

JERMAN Più di uno è prevenuto. Direi che è proprio quella la lotta che l'ospedale deve affrontare: quella della prevenzione della società esterna verso l'ammalato mentale. L'ammalato mentale che viene qui per la prima volta arriva prevenuto.

D E dopo questa prevenzione gli passa?

JERMAN Passa si, perché ha modo di vedere che non viene trattato come pensava.

MAREGA Come il luogo comune dell'ospedale psichiatrico antico...

JERMAN La società pensa sempre all'ospedale psichiatrico com'era diversi anni fa e pensa

all’ammalato classico delle barzellette; invece è tutta un’altra cosa. Qui tutti vivono liberamente; non ha più neanche il senso di ospedale. L’ammalato si trova libero e si aiuta da se stesso.

D Lei è stata testimone di visibili progressi riguardo a qualche ammalato?

JERMAN Riguardo a tutti gli ammalati direi, il progresso è visibile. Io lavoro in questo ospedale da cinque anni e praticamente ho vissuto quest’esperienza dall’inizio. Sono arrivata che i corpetti non esistevano più, né i mezzi di contenzione meccanici, però i reparti erano ancora chiusi, quindi il primo reparto aperto ho avuto modo di vederlo.

D E che cosa è successo?

JERMAN Non è successo niente, assolutamente niente di quello che si pensava. Si pensava che dovessero venir fuori in massa... Invece quello che è successo è stato il malcontento di molti infermieri e anche di alcuni medici che non ritenevano questo metodo adatto e pensavano che non fosse possibile avere dei miglioramenti aprendo l’ospedale, in pratica liberando l’ammalato. Mentre molti di questi adesso, credo anzi tutti, si sono ricreduti perché il miglioramento è cosi evidente...

D E negli ammalati c’è stato smarrimento?

JERMAN Direi di no. Il problema più grosso è stato

quello di smuoverli dalla loro apatia. Per quel che riguarda le fughe, la loro frequenza non è affatto aumentata, anzi semmai è diminuita. D Perché erano apatici?

JERMAN Erano apatici perché sono rimasti chiusi, abbandonati a loro stessi, obbligati a questa clausura da molti, molti anni e di conseguenza non hanno avuto modo di mettere in pratica nessuna iniziativa personale.

D Trovate delle difficoltà nell'incontro con i degenti?

BENOSSI Soprattutto nei primi giorni di ricovero; si cerca in tutti i modi di favorire un loro inserimento nella comunità, nei gruppi. Credo che questo sia un ottimo metodo, che semplifica anche il nostro compito. D C'è soddisfazione a fare le riunioni?

BENOSSI Molta; si sentono i pareri, i desideri, e ognuno, anche noi infermieri, è libero di esprimere il suo pensiero, e questo è molto importante. Io sono qui già da ventiquattr'anni circa e ho potuto seguire di persona questo progresso. D Praticamente il visitatore, come sono io, il profano, girando per l'ospedale non ha la sensazione di trovarsi in un ospedale psichiatrico.

BENOSSI Lo credo, specie entrando in qualche reparto, come il nostro, dove tutto è stato riammodernato, nei muri e nell'arredamento; ma è soprattutto l'ambiente e

l'atmosfera che sono cambiate, è un ambiente familiare.

D Una settimana fa ho visto un ragazzo che aveva manifestazioni di forte aggressività, adesso ho visto che si è già calmato. Da cosa dipende questo miglioramento, secondo lei?

BENOSSI Soprattutto dal contatto con gli altri e dall'ambiente che ha trovato; vede, noi si cerca in tutti i modi che questa comunità esista veramente, non solo nelle parole, ma nei fatti.

D Anche lei, Troncar, crede che la ripresa di un rapporto sia facilitata...

TRONCAR II colloquilo nei gruppi è una buona cosa, perché ci si mette su un piano reale, si può discutere dei vari problemi e consigliare, capire...

D La mia impressione è che voi facciate cosi molto più fatica che non altrimenti.

TRONCAR In ogni caso si fa molta più fatica, perché in questo lavoro si è più impegnati; c'è però anche più soddisfazione, vedendo i progressi che si fanno e vedendo che si è utili; sa, una volta si era un po' come dei carcerieri. Si faceva una mansione, si veniva qui per prendere la paga, e via.

D In sostanza, voi avete ora una funzione più precisa...

TRONCAR Un po' più precisa, e comunque anche più pesante, perché si è sempre un po' con l'ansia: ho

fatto bene, ho fatto male. Prima la responsabilità era più limitata, perché uno chiudeva con le chiavi, stava attento che gli ammalati non si picchiassero fra loro, si davano quelle quattro pastiglie, la terapia che ordinava il medico. Insomma, noi si era sotto « gli ordini, e quando uno aveva eseguito bene gli ordini era a posto con la coscienza e tutto; il miglioramento del malato era considerato solo opera dei medici. Ora si può vedere uno che migliora, vederlo migliorare sotto gli occhi, standogli vicino...

D Insomma, collaborate anche voi alla terapia. Come vi comportate con il degente, può farmi qualche esempio?

TRONCAR Una volta appena ricoverato uno veniva svestito, si faceva il bagno, veniva messo in una cameretta, detta propriamente cella. Adesso invece, parlando con lui, lo si invita in ambulatorio, poi si prende la pressione, gli si chiede di dov'è, cosi, per fare un po' di amicizia e dargli un poco di fiducia perché si senta più a suo agio, si senta come a casa, in famiglia. Poi pian piano lo si presenta ai colleghi, lo si invita nella stanza dove c'è il suo posto letto, e se ci sono dei suoi compagni lo si presenta; insomma, si cerca di rassicurarlo e man mano si ambienta. La sera lo si invita all'assemblea di reparto, cosi conosce tutti gli altri, si parla, e piano piano si inserisce nella

comunità del reparto.

I residui della atmosfera manicomiale di un tmepo vengono del resto chiaramente avvetriti, nei casi in cui ancora si presentao. L'intervista che segue è avvenuta con un infermiere (Orlando Andrian) dell'ultimo reparto chiuso fra quelli maschili (il C) poco prima che esso si aprisse, e indica la coscienaz della sitazione nel momento in cui essa si sta trasformando.

D Ho visto che lei si occupa molto attivamente della vita del reparto...

ANDRIAN Si, è il reparto più difficile. È un reparto di degenti eterogenei come malattia; però si sta cercando di dare una soluzione migliore. Abbiamo fatto questa divisione che è un po' (*accenna ad una porta che divide il reparto*) una piccola riformetta. D In che senso?

ANDRIAN Dividendo il reparto in due: i più regrediti da una parte, gli altri dall'altra. Ha giovato a qualche cosa. Da un po' di tempo in qua abbiamo cominciato a fare quello che si fa negli altri reparti, quelle riunioni di comunità di reparto; abbiamo visto che c'è, non una partecipazione come negli altri reparti, ma un certo interessamento. Qualcosa che si muove, che dà un senso anche a loro, li responsabilizza.

D Sono quasi tutti vecchi.

ANDRIAN Qui ce ne sono da trent'anni, dal '33 è aperto l'ospedale. Alcuni erano già degenti in altri ospedali.

D Qui c'è gente che avrà ottant'anni.

ANDRIAN La media è di cinquantacinque-sessant'anni. Si può dire che ce ne sono diversi che hanno passato quasi tutta la vita in questo ospedale o in altri. D È quindi particolarmente difficile agire su questi ammalati?

ANDRIAN C'è una certa difficoltà, perché ormai sono istituzionalizzati, sono stati abbandonati per molto tempo. Prima che si iniziasse questo nuovo indirizzo, il lavoro di comunità, ci si limitava a quella che era l'assistenza diretta, ma non si cercava di attivizzare l'ammalato, di renderlo responsabile in qualcosa che desse un senso alla sua vita. Si osservava che non si facesse male, non facesse male agli altri...

D E lei crede che se si aprisse questo reparto nonostante gli ammalati molto regrediti che ci sono, si otterrebbe qualche risultato?

ANDRIAN Abbiamo visto qualche risultato nel gruppo di musicoterapia. Ce n'era uno con il quale, a quel che ricordo, quasi mai si poteva comunicare; adesso invece risponde, chiama, ci aiuta anche nei lavori interni. Insomma vediamo che c'è qualcosa, poco poco, ma c'è.

Dall’inizio della liberalizzazione dell’ospedale sino all’estate 1967 le suore non avevano mai partecipato alle assemblee e alle riunioni di reparto. Poiché l’Ospedale Psichiatrico di Gorizia esibisce dettagliatamente al visitatore la sua intensa vita di relazione e di interscambio, era sorprendente in quest’ambiente non incontrare mai le suore, che sono personaggio immancabile nella scena ospedaliera nel mondo. Esse preferivano lavorare appartate mantenendo il loro ruolo tradizionale di ministre dei reparti femminili, caritatevoli e autoritarie nel contempo. Cosi facendo assolvevano legittimamente la loro funzione, senza venir meno al loro dovere, sempre disposte al lavoro e alla fatica.

Il resto della comunità, d’altra parte, agiva verso le religiose secondo una logica comunitaria: non forzare gli individui o i gruppi, consentire la massima libertà e spontaneità agli atteggiamenti. Ne deriva ancora, però, una situazione immobile, fertile di malintesi al punto che quando ho chiesto alla superiora una testimonianza sua e delle altre suore mi sono sentito rispondere: «È sicuro che il direttore sia d’accordo? »

Da qualche tempo, le suore partecipano alla prima riunione della giornata, quella delle otto e mezzo.

D Loro sono da molto tempo qui dentro nell’ospedale?

SUORA Parecchi anni, trentadue anni. E anche questo

rinnovamento dell'ospedale a noi ci fa piacere, lei vede che in realtà è stato un rinnovamento, adesso ci vuole più attenzione.

D Cioè secondo lei si fa più fatica adesso?

SUORA Quanto a fatica non lo sarà, piuttosto molta più responsabilità adesso che i reparti sono aperti, una volta che erano chiusi non era tanta la sorveglianza che occorreva, mentre adesso bisogna starci molto dietro.

SUORA Gli ammalati sono meno agitati, non hanno quella agitazione che avevano anni addietro e richiedono meno attenzione. Noi ci si trova bene.

D Una volta c'era più tensione?

SUORA Gli ammalati erano chiusi e c'era un altro modo di terapia e viceversa e allora avevano delle giornate, dei periodi più o meno agitati e adesso hanno un altro modo, gli ammalati si sono più calmati.

D C'è una grande differenza fra il nuovo sistema e il vecchio sistema, per esperienza sua?

SUORA Certo che c'è una differenza, in bene anche si può dire. Però quello che si vedeva, una volta gli ammalati quando erano in sé, coscienziosi, erano più adatti al lavoro, forse avevano più forza. Mentre adesso sono meno forti, più apatici, meno portati al lavoro, meno volonterosi, si mettono più sul dormire.

D Questo secondo lei dipende anche dai farmaci?

SUORA Io credo di si, una volta quando l'ammalato quando era agitato si poteva frenarlo con i mezzi un po' forti come si usava allora. Adesso invece no. Una volta nel periodo buono erano belli, erano sorridenti, mentre adesso sono sempre malinconici un po'. D Vuol dire che c'era un maggior numero di persone che lavoravano?

SUORA All'esterno si e nelle officine. Adesso si sono dedicati in quei campi di lavoro che frutta per loro. Ma nelle officine, cucina, lavanderia e via dicendo ce ne sono meno. L'ospedale aveva più aiuto, mentre adesso è meglio per gli ammalati perché ricavano un fondo cassa che dopo viene a bene degli ammalati.

D Il bar è aperto da tre anni ed è gestito dai degenti.Questa è una buona iniziativa a mio parere.

SUORA Si, gli ammalati si portano bene, per gli ammalati è anche meglio, perché prima non ricavavano, non percepivano quel po' di denaro, quel po' di ricompensa, magari davano altre cose, agli uomini venivano date delle sigarette da fumare, alle donne veniva dato uno stipendio molto minore e adesso si trovano contenti di questo metodo. Perché delle gite come fanno adesso, si è iniziato già noi suore con le ammalate donne e allora le ammalate erano contente perché una volta all'anno vedevano questa gita con piacere e allora si faceva con quei piccoli contributi

anche o qualche merenda tutti insieme. Adesso, a dire il vero, è migliorato molto, perché anche da parte dell'amministrazione provinciale vengono più retribuiti e allora è molto meglio, a dire il vero.

D Cioè c'è una certa differenza tra una volta e adesso. Senta, una volta si usavano più metodi all'antica, diciamo cosi, metodi coercitivi?

SUORA Si, rimanevano isolate qualche giorno nelle celle; e la camiciola, però come il trattamento che abbiamo detto che forse usavano modi forti, questo non si può dire, perché quando si ha una conoscenza dei superiori di prima che erano anzi rigorosi e gli ammalati volevano che siano trattati bene, non solo non con percosse altro, ma neanche con parole. Volevano che gli ammalati siano trattati bene, che siano rispettati, come tali, questo non so, in quanto all'accusa, c'era un'altra terapia.

D Secondo lei questa terapia, cioè liberalizzare l'ammalato, di renderlo libero, di concedere all'ammalato di uscire, ecc. giova all'ammalato? Io glielo chiedo per esperienza sua, anche se lei non è un medico, come non lo sono io.

SUORA Ci sono dei casi che sono molto migliorati, degli altri non si può dirlo ancora, sarà forse anche per la qualità del male, la tendenza che hanno. Ma per alcuni si, sono cambiati in bene.

D Quindi questa secondo lei è stata un'esperienza positiva?

SUORA Per gli ammalati, come esperimento è buono.

D Lei trova però che in complesso questo fatto, cioè evidentemente c'è più fatica da fare, i reparti sono aperti, bisogna seguire, ecc., crea un po' di angoscia, di ansia, anche un po' di anarchia, un po' di caos, forse?

SUORA Vede, adesso ci sono tre reparti di donne aperti[3] E se c'è uno dei reparti di ammalate croniche, di letto, di infermeria, qui sono state messe le ammalate pericolose, almeno quelle che tendevano alla fuga, adesso stanno esaminando, stanno lavorando per poter aprire questo reparto, adesso non è che si disapprova, ma questo dà un pensiero perché conoscendo le ammalate e sapendo che sono diverse che tendono ad essere pericolose per le conseguenze, allora ci dà un po' di pensiero, ma in fondo noi siamo sempre disposte a collaborare.

D È una sensazione mia, anche dalla domanda che lei mi ha fatto stamattina, è che loro si sentano un pochino isolate dal resto della comunità.

SUORA No, non dicevo questo...

La suora non vuole registrare la sua risposta. Riprendiamo poco dopo.

D Per quanto riguarda gli svaghi, ogni tanto organizzano la sagra. Loro anche partecipano all'organizzazione di questo?

SUORA Si, magari in parte se capita, andiamo a vedere, più volte al giorno, in quei tre giorni della sagra siamo andate a vedere, anche alla sera, abbiamo preso parte allo spettacolo; abbiamo anche collaborato nel preparare, a venire incontro a qualche bisogno, abbiamo aiu- tato tutto il personale che stava preparando e per la cena, eravamo piene di lavoro per la sagra, noi collaboriamo quando c'è qualche cosa.

D Forse ha anche la sensazione che in un regime di lavoro, creando degli obblighi, una certa disciplina desse più coscienza.

SUORA Non possiamo pronunciarci su questo.

D Perché voi dite che li vedete più svogliati.

SUORA Forse il fatto stesso che si vedano più denaro in mano, che si vedano più ricompensati. Hanno questa libertà dell'apertura, hanno questo bar, possono trattenersi là, tutti insieme, hanno più gite, hanno più svago e allora anche questo li rende meno volonterosi. Una volta bastava venir fuori dal reparto e per loro era già tanto, venivano molto volentieri alle officine, perché si calcolavano già meglio degli altri, mentre adesso sono tutti liberi, le fa voglia quell'uno che

passa per il viale passeggiando, mentre l'altro deve sacrificarsi per lavorare.

D Questo è vero, una volta chi collaborava, lavorando, era quello che usciva, era già in una situazione eccezionale e quindi adesso non essendoci più situazione eccezionale sono meno stimolati, però pur tuttavia c'è ancora qualcuno che lavora. Una volta facevano anche lavoretti organizzati?

SUORA No, dentro nei padiglioni, no...

D Mi dispiace che lei, Madre, si sia arrestata quando stava per riferirmi un suo punto di vista particolare, ma forse questo sarebbe giovato al buon intendimento, al comprendersi di tutti, io sono dell'opinione che alle volte conviene dire chiaramente, discutere, parlare.

SUORA Vede, noi suore siamo un po' attempate, non siamo come la gioventù, il personale all'inizio, che apprendono appena i lavori, abbiamo una pratica...

D Io ho intuito questa cosa qua, lei lavora da molti anni come tutti quelli che fanno un lavoro impegnativo e questo è un lavoro logorante per tutti e quindi anche per loro, ma lei pensa che per esempio questa situazione nuova avrebbe potuto meglio interessare forse una giovane?

SUORA No, non per noi, tutto l'insieme, non saprei come esprimermi.

D Si, ma forse nel senso che come tutti lei ha fatto la

maggior parte della sua esperienza con un altro sistema.

SUORA Si, è quello, ma noi ci troviamo bene, non abbiamo niente da dire, ma non abbiamo neanche da disapprovare nell'epoca passata. La parola è franca: dispiace forse che esagerasse nei metodi passati, perché in realtà venivano puniti, guai chi toccava un malato, c'era una disciplina molto rigorosa. Ai nostri cari ammalati noi ci vogliamo tanto, tanto bene, ma qualcuno cosi per malattia è un po' esagerato e riferiscono: siamo stati picchiati, siamo stati toccati; questo non vorremmo mai che fosse vero, perché c'era un direttore talmente severo che guai se un dottore o un infermiere toccava un ammalato e non solo, ma guai se lo maltrattava, veramente c'erano anche proprio delle multe. Il personale sorpreso in un atto cosi veniva cambiato da un posto all'altro.

D Secondo il mio parere, in questa comunità si criticano i sistemi vecchi della psichiatria, sistemi che vengono usati in genere ancora in molti ospedali italiani, e si attua un fatto nuovo.

SUORA Anzi, a noi non resta che adattarsi volentieri, perché si vede che è molto migliorato. È migliorato in tante cose per dire la verità. Quando ci si riuniva in chiesa una volta avevamo una divisa unica, le ammalate avevano tagliati i capelli e non erano curati

i capelli come oggi che abbiamo una parrucchiera.

D Hanno figura di esseri umani, c'è un po' più ordine, si, magari modesto, perché questo è un ospedale per poveretti, non è una clinica.

SUORA Non è una grande provincia, fa quello che può, in ogni modo...

D Ho visto che anche loro, adesso, partecipano alla riunione delle otto e mezzo.

SUORA È una ottima maniera per esporre i nostri problemi, parlando ci si intende, per cosi dire.

D Sembra anche a me, gliel'ho detto io! Forse è la maniera migliore per esporre delle ragioni e per arrivare a capirsi. La ringrazio.

Il problema della « scelta vocazionale » si propone in modi molto diversi in altri casi. È stato interessante, a questo proposito, intervistare alcune persone il cui lavoro presso l'ospedale ha un carattere più specificamente volontario.

L'« esterno » penetra nell'ospedale attraverso il lavoro delle assistenti sociali e con la presenza dei volontari. La funzione di questa squadra è quella di fare da cuscinetto nei rapporti fra équipe curante e degenti, fra l'esterno e la comunità. Le assistenti sociali mantengono i rapporti con le famiglie, con le istituzioni e gli organi burocratici per ciò che riguarda pensioni, sussidi, previdenze. Con

cinquecento malati, ognuno dei quali è un « caso » e ha un « caso » da risolvere, il lavoro delle assistenti si disperde nella rincorsa da un ufficio all'altro delle pur necessarie scartoffie, mentre sarebbe cosi necessaria la loro presenza nei reparti per promuovere iniziative e attivizzare l'ambiente. L'azione dei volontari è affidata alla buona volontà dei singoli e alla sincerità del loro atteggiamento. L'intervista che segue è stata stralciata da una registrazione avvenuta con le assistenti sociali dell'ospedale e con un gruppo di allieve (tra cui Sonia Baiss) che stanno completando qui il loro tirocinio. All'epoca della registrazione il reparto « C uomini » non era ancora stato aperto (giugno 1967).

D Ha un po' paura, si sente a disagio quando è qui in ospedale?

BAISS No, questo non l'ho mai provato. Contrariamente forse a quella che può essere l'opinione degli altri. Anch'io come le mie colleghe non avevamo mai visitato un ospedale psichiatrico e l'idea che ne avevo e che m'ero fatta attraverso i film era qualche cosa come un incubo. Invece qui sembra di trovarsi in un posto qualsiasi, come in qualsiasi altro ambiente dove c'è una comunità di persone. D Lei pur essendo allieva ha un compito specifico qui nell'ospedale?

BAISS Si, a me è stato assegnatoli reparto C uomini, in

principio con una specie di scusa, quella dei preparativi natalizi, per cercare di riattivizzare un po' gli ammalati, perché gli infermieri per ragioni di tempo non ce la facevano. E poi è stato deciso che sarei rimasta lì, ed io ho accettato perché il lavoro mi sembra veramente entusiasmante, specialmente con la prospettiva che il reparto si sarebbe potuto aprire.

D Essendo il reparto C l'unico reparto maschile ancora chiuso quali sono state le ragioni che le hanno fatto scegliere questo reparto?

BAISS Non credo di essere stata in grado di scegliere perché non conoscevo abbastanza l'ospedale; ho accettato l'incarico in quanto sono convinta che questo particolare lavoro nell'ultimo reparto maschile ancora chiuso risponda contemporaneamente a due esigenze. Anzitutto la esigenza oggettiva dell'istituzione di affrontare e possibilmente risolvere la penosa situazione di oltre settanta degenti costretti a vivere in un clima che conserva caratteristiche manicomiali. In secondo luogo ho pensato che lavorare con persone molto regredite prospettava delle gratificazioni non solo per gli ammalati ma anche per me.

D Cosa pensa dicano di lei gli ammalati?

BAIS Non è solo che io lo pensi, me lo dicono anche. Siamo riusciti ad instaurare un rapporto abbastanza schietto per cui le cose che pensiamo cerchiamo di

dircele. In un primo momento li mettevo un po' a disagio, li eccitava l'idea di avere una figura femminile in reparto, poi si sono abituati e mi accettano come una persona facente parte del reparto alla quale si rivolgono per avere dei contatti con i familiari, per informarsi sulle pensioni, sui sussidi, per chiedermi di portarli fuori, di organizzare qualche gita. Insomma sembra che abbiano capito abbastanza bene il mio ruolo nel reparto.

D Lei ha già fatto qualche gita con i degenti del reparto C?

BAISS No; forse anche per il rapporto che si è venuto ad instaurare con gli infermieri, si tende a demandare queste attività (gite, giri per Gorizia oppure anche andare in giro per l'ospedale) agli infermieri. Perché dicono che io, vivendo poco in reparto, non posso conoscere bene i degenti. Si fidano più di loro stessi anche perché mi vedono come tirocinante e non riescono a responsabilizzarmi abbastanza.

D Insomma hanno fatto in modo che lei si senta un po' matricola...

BAISS Un po' sì, comunque i rapporti si sono abbastanza chiariti anche con gli infermieri; dopo un paio di mesi siamo riusciti a chiarirli e adesso collaboriamo abbastanza bene.

D Lei vive parecchio del suo tempo di lavoro in questo reparto che è il reparto chiuso, dove sono gli ammalati

gravi o gravissimi. Alcuni di loro non parlano o hanno atteggiamenti di malattia grave. Qual è il suo pensiero riguardo a questi ammalati, alla loro possibilità di guarigione, di assimilazione fra gli altri?

BAISS Intanto io non direi che li si trovano gli ammalati più gravi. Perché ammalati con stesse caratteristiche si trovano anche negli altri reparti. Questi hanno avuto solo la sfortuna di essere rimasti nel reparto chiuso. Per il fatto che non parlano credo che anche lei trovandosi per vent'anni in un reparto dove nessuno le rivolge mai la parola perderebbe l'abitudine di parlare. Non è che non parlano perché abbiano una malattia particolare o siano aggressivi per motivi particolari. Sono ridotti come sono ridotti appunto perché l'istituzione li ha resi tali e sono convinta che in un po' di tempo si riuscirà a cambiarli. Non sarà certo questione di giorni o di mesi, ma se si considera che un ammalato è stato chiuso per vent'anni in un reparto cosi o in un ospedale tradizionale, io penso che in un anno o due si possa aiutarlo moltissimo, cambiarlo veramente come dalla notte al giorno.

D Ha già visto dei risultati in questo senso?

BAISS Si, ho visto dei risultati notevoli perché siamo riusciti ad organizzare delle riunioni di comunità alle quali la partecipazione è spontanea ed è sempre abbastanza larga. In media trenta persone per riunione

> sebbene siano circa dieci che parlano, non di più. Gli altri ascoltano, commentano sottovoce perché non hanno ancora il coraggio di esprimersi. Altri commentano quando la riunione si è sciolta, vengono a chiedermi informazioni o ne parlano con gli infermieri. Comunque si sono molto attivizzati. Poi cominciano a chiedere le cose, cominciano ad esprimere le loro esigenze di avere dei soldi, di essere liberi. Allora si è organizzato un comitato nel reparto, sempre a partecipazione volontaria, e si cerca di amministrare un fondo di soldi dato loro dal Club. Io credo che questi si possano considerare risultati. Se si considera il fatto che ci sono le riunioni di reparto, che siamo riusciti a fare dei comitati, che le persone si presentano volontarie quando hanno voglia di uscire, che si lamentano perché hanno i vestiti più brutti di tutto l'ospedale e vogliono andare da soli a scegliersi il guardaroba, che si sono preoccupati di distinguere dagli altri il loro unico abito decente, ecco, tutti questi li considero risultati notevoli, e anche ottenuti in breve tempo.

Il carattere di scelta personale, che muove in pratica la totalità della comunità ospedaliera di Gorizia, risulta in modo particolarmente chiaro da questa intervista con un medico.

D Dottor Schittar, anche lei è un volontario, o almeno lo è stato per un periodo di tempo abbastanza lungo: cosa l'ha spinto a venire all'Ospedale di Gorizia?

SCHITTAR Quando sono arrivato a Gorizia io ero completamente « digiuno » di pratica psichiatrica, e quasi anche di teoria. La psichiatria era sempre stata un mio grosso interesse, ma io facevo il medico generico: ero assistente in una divisione di pneumologia di un O.C. e in più avevo iniziato, ma senza troppo entusiasmo, la professione di medico mutualista. D Aveva quindi intrapreso una carriera che è quella della maggior parte dei giovani medici; perché l'ha interrotta cosi, diciamo, bruscamente?

SCHITTAR È un po' difficile individuare con precisione i motivi che ci conducono a scelte cosi importanti: la mia è stata in parte una reazione emotiva al tipo di ruolo che avrei dovuto sostenere come medicò generico. Mi sembra noto che, almeno nella pratica corrente, alla quale un medico appena laureato deve adattarsi, la professione medica vive giorno per giorno di malafede. Il ruolo del mediòo è per definizione quello di una persona «superiore»; egli è per definizione colto, educato, obbiettivo, «buono», economicamente disinteressato perché la sua è « una missione »; soprattutto è colui che sa la medicina, che

conosce le malattie e le sa curare. «Scienza e coscienza» insomma sono sempre qualità date per scontate; il male è che esse servono, in fondo, a giustificare la posizione di potere che il medico mantiene, nonostante tutto, nella nostra società.Il rapporto del medico col paziente è quasi sempre (assolutamente sempre nella pratica mutualistica e nelle corsie degli ospedali) un rapporto di autorità, un rapporto che copre e nasconde a volte delle pecche molto gravi, dalla vera e propria ignoranza scientifica, ai moltissimi abusi ai quali i pazienti devono ogni giorno sottostare. È una situazione molto stressante per chi cerchi un rapporto umano diverso.

D E ha trovato a Gorizia questo rapporto diverso?

SCHITTAR Direi di si. A Gorizia per lo meno si tenie a un rapporto diverso da quello autoritario, sia tra i membri dell'equipe medica, che nei rapporti con i pazienti e gli infermieri. Si tende a ridurre il ruolo del medico in quello di un tecnico, è una brutta parola ma è abbastanza chiara, un tecnico della salute, non necessariamente della salute mentale, della quale « tecnici » possiamo essere considerati tutti, medici, infermieri, pazienti. Ma non è solo questo. L'entusiasmo che suscita questo tipo di lavoro deriva anche dai suoi aspetti volontaristici e «umanitari», ma soprattutto, mi sembra, per uscire dal neofitismo, dai

suoi corollari « politici». Qui un giovane medico sente di realizzare in qualche modo, con il suo lavoro, con la partecipazione alle numerose riunioni di gruppo a tutti i livelli, il doppio intento di una attività, diciamo, professionale, e di una quotidiana battaglia di idee, quest'ultima certamente più gratificante della prima!

Le occasioni di lavoro di questa comunità non sono molte, esse si limitano a un laboratorio per la fabbricazione di sedie, un altro di scatole di cartone e un terzo dove si impagliano fiaschi; in tutto essi occupano una trentina di persone, mentre una squadra poco numerosa di braccianti trova impiego nella fattoria. Molti altri lavorano nei servizi dell'ospedale: cucina, lavanderia, ecc.; questi campi di attività appartengono per tradizione ad una piccola schiera di lungo-degenti del tutto integrati in queste modeste mansioni. In linea generale il lavoro riservato ai degenti non è ostacolato, ma neppure è favorito, per evitare forme di colonizzazione del malato. Da lui si possono ricevere buone prestazioni come contadino, operaio o artigiano, in assenza di una retribuzione normale, perché nessuna legge difende il lavoro di un ricoverato in un ospedale psichiatrico. Perciò, a parte ogni considerazione sul valore della ergoterapia, la comunità negando la validità del lavoro

parte anche dalla considerazione che i risparmi fatti dalla amministrazione pubblica con il lavoro dei ricoverati non vanno a beneficio dei ricoverati stessi né servono alla loro riabilitazione.

Unica attività organizzata dalla comunità fino a qualche tempo fa, efficiente e frequentata, era una sezione di musicoterapia basata sull'insegnamento dei semplici ritmi della « Musik fur Kinder » di Karl Orff. La sala di musica è stata chiusa e di musicoterapia non si parla più per una banale vertenza sindacale tra l'amministrazione e l'infermiere che si occupava della sezione; questi, avendo frequentato un corso di specializzazione a Salisburgo, animato dalle migliori intenzioni, dopo qualche anno di attività aveva chiesto gli fosse riconosciuta la qualifica di musico- terapista. Senonché trattavasi di voce nuova e di difficile qualificazione, non prevista nei ruoli burocratici dell'amministrazione provinciale.

Fino a qualche tempo fa la comunità pubblicava un mensile che aveva per titolo « Il Picchio », forse perché batteva insistentemente (come l'uccello il troncò) sempre gli stessi problemi, oppure perché nel titolo voleva essere ironicamente allusivo. La pubblicazione ha avuto tre anni di attività ed era particolarmente interessante perché esprimeva il progredire nel tempo della vita istituzionale. Oggi non viene rinnovata perché la liberalizzazione

dell'ospedale ha reso inutili gli strumenti di comunicazione mediata. Il direttore del « Picchio » era Furio, un degente, che rimane uno dei leaders della comunità. Furio è un uomo sulla cinquantina, intelligente ed evoluto che conosce meglio di qualsiasi altro fra i degenti i problemi dell'ospedale psichiatrico. La conversazione registrata che ho avuto con lui riassume in maniera spontanea ed esauriente la breve storia della liberalizzazione e il pensiero e la posizione attuale del malato nella comunità.

D A me piacciono talmente quelle sigarette là...

FURIO Veramente io quando sono rientrato in Italia non sapevo che sigarette fumare, quando ho finito la scorta di Caporal non potevo comperarne perché erano troppo care.

D Per fine anno dovrebbero diminuire, perché i francesi si lamentano che gli italiani vendono troppo caro.

FURIO Fanno contropartita, siccome in Francia si vendono poche sigarette estere...

D Siccome loro dicono: noi altri queste qua le vendiamo a 80 franchi, voi altri in Italia con le tasse e tutto potete venderle a 150 lire, invece gli italiani le vendono a 290 lire, è una balla insomma. Ecco comunque iniziamo la nostra conversazione sugli schemi di ieri e vediamo di fare, insieme con la sua testimonianza, la

storia della comunità, quindi partendo in sostanza da che anno? Da sei anni fa circa?

FURIO Sì, sei anni, perché siamo già alla fine dell'anno; praticamente qui si è cominciato nel '62 in luglio e agosto.

D Nel '62 si è già cominciato con quella che adesso chiamano la comunità terapeutica?

FURIO No, si è iniziato con il liberare il malato dalla costrizione che era in vigore. Si è incominciato ad abbattere le reti in un primo tempo, i muriccioli in un secondo, poi si è rimasti per un paio di mesi fermi, così, per vedere le reazioni. Perché io credo che il direttore, anche se aveva la convinzione scientifica che andavano tolti certi ceppi di carattere istituzionale dell'ospedale, però anche per lui era un'esperienza nuova e doveva sperimentare il metodo, se andava; visto che i risultati erano stati positivi allora si è incominciato proprio a liberalizzare.

D Quindi la prima fase è stata la liberalizzazione dell'ospedale e questa è cominciata nel '62; ecco, questa liberalizzazione era dichiarata, cioè i degenti, penso che siano stati messi al corrente, si era già cominciato a discutere con i degenti da parte dell'equipe medica?

FURIO Si.

D O forse è stato fatto solo con qualcuno di voi?

FURIO Con qualcuno di noi, non tutti, ma veniva fatto con qualcuno di noi e a nostra volta si doveva fare con gli altri. Anche oggi ne discutiamo, perché molti pensano che questo si deve solo alla bontà del direttore e invece molti altri sono consapevoli che se non ci fosse stata la collaborazione degli ammalati, degli infermieri, l'équipe medica avrebbe potuto fare ben poco.

D Ecco, lei esclude che comunque si possa, si debba interpretare un primo gesto come un atto di umanitarismo?

FURIO Lo escludo assolutamente, si tratta di convinzione scientifica, si tratta senza dubbio di questo; poteva apparire che fosse un gesto di umanità, perché le condizioni di vita prima non erano umane.

D Rifacciamoci al '62 o a qualche anno prima. Come veniva condotto l'ospedale prima?

FURIO Era condotto alla maniera tradizionale, nei reparti si viveva chiusi, praticamente non c'era nessuna partecipazione del malato alla vita di reparto né niente al di fuori dei lavori materiali. C'era il buon malato. C'era questa prerogativa e credo che esista ancora negli ospedali condotti tradizionalmente. I medici si fanno due ritratti dei malati, cioè due ruoli dei malati: c'è il malato buono e il malato cattivo; il malato buono sarebbe quel malato che aiuta gli infermieri

nelle pulizie e nei lavori di reparto, il malato non buono, il malato cattivo, sarebbe quello che non intende collaborare.

D Il malato usufruibile o no.

FURIO Si, il malato sul quale si può fare affidamento: tu prendi, vai, ecc., il malato succube diciamo cosi.

D E quindi orari di sveglia, di ritirata...

FURIO Orari di sveglia, orari per i pranzi, i degenti passavano tutto il giorno in una stanza senza praticamente far nulla.

D C'erano mezzi di contenzione, venivano usati mezzi di contenzione?

FURIO No, io nel mio reparto direi di no, almeno da quando sono venuto io, i mezzi di contenzione come camicia di forza o letto non venivano usati; i malati più irrequieti che non stavano fermi e dovevano stare a letto venivano legati con le lenzuola.

D Su questa base qua si è cominciata la liberalizzazione. Voi quando ne parlavate nei reparti di questa intenzione di liberalizzare l' ospedale, queste proposte come venivano accolte?

FURIO L'abbattimento della rete veniva accolto con entusiasmo: finalmente si può uscire, adesso avremo modo di andare un po' dove si vuole, c'era la tendenza a scappare dal luogo chiuso, infatti noi abbiamo avuto più fughe quando l'ospedale era

chiuso, e allora si potevano considerare fughe, oggi se uno se ne va via si può considerare un allontanamento, non è sorvegliato. D È diversa l'impostazione.

FURIO È diversa e allora alcuni pensavano: si buttano via le reti, ce ne potremo andare.

D E dubbi, paure?

FURIO Dubbi, paure, io credo che c'erano più da parte del personale infermieristico, perché dicevano: come facciamo, come si fa a tenerli questi malati. In pratica i primi giorni che sono state abbattute le reti c'era un infermiere in corte con gli ammalati, che in un certo qual modo impediva con la sola presenza agli ammalati di allontanarsi dal perimetro della corte, praticamente le reti erano su.

D Negli ammalati non si rifletteva uno stato d'ansia mai, non c'era gioia?

FURIO Forse in alcuni sì, in alcuni si rifletteva uno stato d'ansia che credo sia stato provocato dall'abitudine, perché era la rottura di un'abitudine oltrettutto, l'ammalato era talmente abituato... Molte volte si riscontrava questo: dopo l'abbattimento della rete, quando è stato tolto l'infermiere che sorvegliava il perimetro della corte, molti ammalati non uscivano, il malato era diventato un automa, era diventato una macchina.

D Dapprima la sola presenza dell'infermiere impediva...

FURIO Impediva, e dopo era l'abitudine che impediva di allontanarsi, metteva proprio in uno stato d'ansia: ma fuori di qua cosa trovo? Cosa vedo? Bisogna anche capire che i primi reparti aperti sono stati quei reparti dove un buon numero di malati uscivano durante il giorno, per i lavori, accompagnati, ecc. Perciò non ha fatto questo shock alle persone; lo shock c'è stato per le persone che non si allontanavano dal reparto e che non erano mai uscite. In queste persone io ho potuto riscontrare dei pensieri e dei discorsi come: adesso non ci sono più le mura, non ci sono più le reti, andiamo a fare quattro passi nel parco! Eh, ma sai, e chi c'è di là? Che cosa c'è di là? C'era questa ansia, che non si sapeva che cosa fare all'esterno e io dico che questo era senz'altro dovuto all'abitudine presa in tanti anni di chiusura: ormai non si conosceva più che cosa fosse all'esterno.

D Si è potuto constatare in questa primitiva fase un miglioramento delle condizioni del malato? Il fatto di aprire ha portato immediatamente un miglioramento visibile?

FURIO Ha portato un miglioramento soprattutto nei rapporti sociali, l'ammalato è diventato più socievole. Infatti noi trovavamo prima nei reparti chiusi alle volte un brusio enorme in soggiorno, ma alle volte c'era un silenzio proprio totale, ognuno era chiuso in

se stesso. Ma praticamente quando c'era il brusio non c'era nessun tipo di conversazione, nessun tipo di contatto gli uni con gli altri. La domanda finiva nel reparto accettazione: anche tu sei qui? Che cos'hai? Qui stai fresco adesso, chissà quando uscirai, non vai via più, io sono da tanto tempo qua. E finiva li. E invece con l'apertura ognuno ha sentito il bisogno di chiedere la compagnia di altri per uscire dal reparto, hanno incominciato ad uscire a gruppetti di due, tre, quattro e questi gruppi anche hanno incominciato a dialogare, a conversare fra di loro, incominciavano a intrattenere dei rapporti di carattere sociale.

D Sicché a questo punto è intervenuta quella che è l'azione comunitaria. Cioè, questa è la fase di liberalizzazione...

FURIO Si, raggiunta la fase di liberalizzazione, per ragioni tecniche, mediche ed altro erano stati tenuti due reparti chiusi, anche perché credo che ci fossero difficoltà di carattere legale, non si sarebbe potuto liberalizzare tutto improvvisairiente. Bisognava tenere un reparto che avesse ancora le caratteristiche del reparto chiuso, che fosse veramente un reparto chiuso e difatti in un primo tempo quegli ammalati che nei reparti aperti ponevano dei problemi di assistenza o altro venivano mandati nel reparto chiuso.

D Come al confino?

FURIO Si, se non avevano un comportamento per rimanere in un reparto aperto, venivano mandati in un reparto chiuso, separato dal resto.

D Quindi era una fase molto imprecisa?

FURIO Era una fase molto imprecisa. Da un paio di anni i medici fanno di tutto perché un ammalato non sia mandato al reparto chiuso; anche se un ammalato è in fase di alta eccitazione deve rimanere al reparto aperto.

D Voglio dire: a questo punto è intervenuta la fase comunitaria cioè quella che sollecitava, attraverso riunioni, ecc., il contatto fra ammalato e ammalato, ammalato e medico, medico e personale e tutti insieme. Questa fase, che naturalmente era caratterizzata da molte riunioni che abituassero al contatto, ecc., è stata accettata bene?

FURIO Io direi che è stata accettata con entusiasmo. Io la vedevo cosi; soprattutto quando è stata inaugurata l'assemblea di comunità, che è stata la seconda iniziativa; prima c'era solo in un reparto, il reparto maschile B, cosiddetto « comunità terapeutica », il primo che sia stato aperto, che faceva le riunioni di reparto, riunioni collettive in cui si discutevano i problemi di reparto. Queste riunioni erano molto sentite all'inizio, perché in fin dei conti l'ammalato a queste riunioni sentiva di dover andarci e di dover

avere la parola per contestare, per protestare contro tante cose che per lui ancora non andavano bene, ma non venivano ancora fatte conversazioni di tipo impegnativo; dopo, in un secondo tempo, si è incominciato a discutere delle dimissioni del compagno, dei problemi del compagno; questa è una maturità di carattere comunitario, e lo stesso effetto ha fatto l'assemblea di comunità. Nelle prime riunioni c'era molta partecipazione anche se a parlare erano quasi sempre le stesse persone, anche perché molti non sapevano esprimersi, si vergognavano, hanno una specie di pudore. C'era una buona partecipazione nell'assemblea di comunità in quanto si credeva che fosse l'assemblea di comunità quella che determinava la vita dell'ospedale; questo è giusto solamente in parte perché l'assemblea di comunità dovrebbe essere un dialogo, un colloquio, cioè sviscerare i problemi, cercare di studiarli, e risolvere i problemi che sono alla portata nostra, cioè alla portata interna della comunità, chiedendo l'appoggio ai medici, agli infermieri; ma quando si presentavano problemi che la comunità non era in grado di risolvere, cioè quando l'ultima parola spettava o all'amministrazione o all'esterno, allora la comunità sentiva che perdeva un po' del potere che credeva di avere.

D In un primo tempo si era generato questo equivoco

intorno ai poteri dell'assemblea?

FURIO Difatti ricorreva spesso questa frase: ma cosa facciamo qui? Qui non possiamo mai prendere una decisione, discutiamo sempre e non decidiamo mai niente. Era questa la contestazione che ricorreva spesso. Difatti ha incominciato a scemare la partecipazione, gente che andava a questa assemblea di comunità perché credevano che andando là si potesse risolvere anche il loro caso personale, infatti la domanda che rivolgeva prima ai medici: mandatemi a casa, quando mi manda a casa? Poi la rivolgevano apertamente in assemblea e certamente l'assemblea questa richiesta cercava di discuterla, ma non poteva dire in nessuna maniera: be', vai a casa!

D Quindi c'è stato uno sforzo notevole di educazione e di autoeducazione, per arrivare a far capire quali erano i limiti e le possibilità di potere dell'assemblea; questa fase sarà durata qualche anno?

FURIO Secondo me è durata tre anni e dura ancora sotto certi aspetti.

D Di questo ne parliamo dopo, ecco, secondo lei le riunioni sono anche servite ad autoeducare, in qualche maniera a fornire qualche tipo di cultura, cioè a dar modo a qualcuno di imparare ad esprimersi, ad usare una certa terminologia, a non avere riguardi anche se sbagliava?

FURIO Più che un fattore educativo, io credo che abbia incoraggiato molto, più che imparare a conversare.

D Ma l'aspetto educativo c'è in qualche maniera?

FURIO Si, molto molto leggermente, ma indubbiamente c'è; io ho sentito parecchi esprimersi in una maniera diversa da quella in cui si esprimevano una volta.

D A questo ha collaborato anche il fatto che immediatamente avete fatto una biblioteca, il giornale, ecc.?

FURIO Questo indubbiamente ha avuto la sua importanza.

D È in questa fase qua che lei ha cominciato a farsi leader di questo gruppo redazionale, come faceva «Il Picchio »?

FURIO Ha detto una cosa impropria, può darsi che oggi si abbia questa impressione: non è che io cerchi di primeggiare e di essere un leader, questo è avvenuto anche un po' perché sono stato stimolato da tutti e in particolar modo dal direttore, il quale mi ha detto: « Sia per il bene suo, Furio, che per il bene di tutti gli altri, lei ha delle capacità, le butti fuori praticamente, diventi una persona attiva in seno alla comunità». Naturalmente io sentivo che bisognava avere qualcuno che conducesse, in parte; allora il mio ruolo era un po' il ruolo di cuscinetto tra il personale curante e gli ammalati, era un po' il ruolo di attutire certe discordanze, certe cose che avevano il modo di

mettersi in evidenza, per esempio un ammalato che veniva trattato con modi un po' bruschi dall'infermiere, automaticamente si rivolgeva a me e mi diceva: «Guarda, Furio, che quell'infermiere cosi e cosi »; io non potevo andare a prendere di petto quell'infermiere, cosa molto evidente, ma riferivo nelle riunioni di reparto e chiedevo: non usate questi modi, perché sono modi che irritano determinate persone.

D E comunque da questa fase è uscito «Il Picchio ».

FURIO « Il Picchio » ha incominciato ad uscire già dall'agosto del '62, per stimolare un'accelerazione della liberalizzazione e anche per responsabilizzare l'équipe del giornale, per formare un gruppo-guida; praticamente il gruppo-guida è sorto dal giornale, ma per quanti sforzi io facessi e per quanto dicessi e per quanto si cercasse la collaborazione, la collaborazione dei malati non era molto larga e il giornale era quasi interamente sulle mie spalle e gli amici avevano la tendenza ad identificare « Il Picchio » con Furio. Difatti facevano quasi un binomio, dicevano Furio per dire il Picchio.

D Questa è una confusione che può capitare.

FURIO Io infatti mi sforzavo di rimediare a questo fatto.

D Come esperienza personale questo fatto di attivizzarsi cosi intensamente in seno alla comunità a lei faceva

bene, ha fatto bene?

FURIO A me ha giovato indubbiamente, perché, devo dirlo, io ho avuto un'esistenza molto tormentata sia per me, sia per gli altri. Ed era maturata in me interiormente la decisione di finirla, non mi attendevo più niente dalla vita, ormai io l'ho sprecata, l'ho bruciata, l'ho buttata via, dicevo, praticamente che ci sto a fare? Infatti io sono stato ricoverato in ospedale per un tentativo di suicidio che poi ho ripetuto nell'ospedale stesso.

D E queste cose invece dopo le hanno fatto molto bene?

FURIO Mi hanno fatto molto bene, almeno quel pensiero non era cosi assillante come lo era prima. Vedevo che si poteva avere ancora uno scopo; prima avevo una testa un po' vuota dall'apatia che si era impossessata di me, ero apatico verso tutto, questo problema, questo sentire che se facevo qualcosa potevo ancora essere utile agli altri, questo mi ha giovato enormemente anche se dovevo essere continuamente stimolato per superare quella fase di apatia; ma il fatto che in quel momento sono venuto a capire che potevo essere utile agli altri, questo naturalmente se non ha tolto definitivamente di mezzo l'idea che era una idea fissa, l'ha di molto attenuata.

D E quindi immagino che lo stesso processo sia avvenuto in maniera diversa, in manifestazioni diverse anche

per molti altri.

FURIO Per tutti gli altri, direi, anche perché mi pare che per molti, per certe persone, sia un problema un po' uguale al mio. C'erano persone che dovendo andare al reparto chiuso erano fuggite, avevano tentato la fuga, ritentata; al momento che il reparto è stato aperto questi tentativi sono cessati e io penso che anche quelle persone abbiano fatto lo stesso ragionamento che ho fatto io: se io faccio questo, questo può essere negativo, non solo per me ma anche per gli altri; e questa persona inoltre non aveva più bisogno di fuggire, per il fatto che fuggire da un luogo aperto non ha nessun senso.

D Quindi adesso siamo arrivati ad una fase che a sei anni di distanza praticamente i reparti maschili sono tutti aperti, nel luglio scorso c'è stata l'apertura del C e fra poco verrà l'apertura dell'ultimo reparto femminile ancora chiuso, quindi sostanzialmente possiamo dire siamo arrivati alla fase dell'ospedale totalmente aperto. A me sembra di vedere che c'è una notevole dialettica fra degenti e sanitari, ecc. Lei che vive dall'interno e che conosce molto bene, cosa le sembra?

FURIO Si, indubbiamente c'è una dialettica anche se da una parte c'è sempre un certo riguardo che si nasconde, «mah, bisogna rispettarli! »; ricorre infatti

molto spesso a una frase molto indicativa: « i superiori », cioè quando si parla dei medici, delle infermiere, delle suore e dell'economo, ecc., si dice «il superiore» cioè la persona che comanda, la persona alla quale io devo obbedire, alla quale io sono sottoposto. Sottoposti lo si è certamente, perché l'ammalato non può fare quello che vuole, come del resto nessuno può fare quello che vuole neanche all'esterno; però qui si cerca di togliere questo timore. C'è una differenza secondo me, fra dire: « non fare questa cosa perché vai contro determinate regole, del buon vivere insieme, della vita nella comunità », e dire invece di non fare per la paura dei superiori. Molti dicono ancora oggi: « io non farei questo per non fare un torto al direttore »; è un concetto di dipendenza, che io cerco di smussare; guarda che tu non lo devi fare non solo per non fare un torto al direttore, come direttore, ma anche come persona che appartiene alla nostra comunità.

D C'è una cosa che a me sembra si possa dire, cioè in sostanza qui molti dicono: qui io non ho più paura, sto bene; sono difeso, sono sufficientemente libero, sento che ho una funzione, ecc., e quindi mi difendo dall'esterno stando all'interno.

FURIO Si, questa infatti è una realtà, però c'è anche l'altra realtà, che c'è sempre l'aspirazione a uscire

dall'ospedale, almeno in una buona maggioranza; ci sarà una piccola minoranza che praticamente, possiamo dire, si sono lasciati prendere da una specie di rassegnazione; insomma, sono rassegnati a passare qui il resto della loro vita. Questo in fin dei conti io anche lo posso capire, specialmente per persone che sono da venti-venti- cinque anni qui dentro, e che la società, rappresentata dai parenti e in particolar modo da persone particolarmente vicine ha dimenticato. Io credo che qualcuno è venuto in uno stato tale di rassegnazione che dice: io mi accontento di stare qui, si sta bene; ma credo che interrogato molto intimamente non sia sparita da lui l'aspirazione a uscire.

D Perché se il fine della comunità è quello di guarire l'ammalato e di riportarlo alla vita esterna non ci sarebbe pericolo che la comunità si chiudesse in se stessa, se arrivasse a difendere il suo componente?

FURIO Io penso che molte persone hanno raggiunto ormai questo stato di rassegnazione; ma credo che se la società viene incontro a queste persone, in esse ritorna l'aspirazione ad uscire. Adesso è la fase dell'intervento dall'esterno verso l'interno; cioè noi abbiamo ottenuto l'apertura interna, adesso sarebbe necessario ottenere l'apertura verso l'esterno.

D L'apertura esterna, cioè l'accettazione da parte

dell'esterno dell'ammalato mentale. Secondo lei per sua esperienza, è ancora molto dura la posizione dell'esterno nei riguardi dell'ammalato mentale?

FURIO Si, indubbiamente, i pregiudizi, nei riguardi della malattia mentale e del malato mentale sono molto diffusi e anche molto radicati. Molte volte io contesto a certi familiari che hanno certe espressioni: ma io non posso prenderlo a casa, perché ho paura; e io faccio questa contestazione: guardi, secondo me la sua paura non ha ragione d'essere, in quanto quella persona non è pericolosa affatto; non è pericolosa, perché non fa niente di pericoloso, non credo che alzar la voce ogni tanto sia un fatto pericoloso, questo succedeva tutti, io credo che lei si sia adagiata un po' in questa situazione di comodo e si scarica la propria coscienza dicendo: io ho paura, cioè è pericoloso, io non posso prenderlo, siamo più tranquilli cosi, io da una parte e tu dall'altra, cosi non affronta il problema. Invece abbiamo visto che quando il problema è stato affrontato sono state dimesse persone che avevano fatto dieci, quindici, vent'anni d'ospedale, ed è stato possibile dimetterle quando si è potuto aprirsi verso l'esterno, quando questo problema veniva portato all'esterno, veniva portato alla famiglia, all'esterno dell'ospedale.

D E in questo senso le dimissioni sono state parecchie.

FURIO Loro dicono: qui si sta bene, ecc.; ma secondo me, ripeto, questo lo dicono perché sono rassegnati, una rassegnazione dovuta all'abitudine di essere molti anni abbandonati dall'esterno, perché l'esterno non fa niente verso di noi, praticamente, perché noi vediamo anche persone che erano qui, per esempio prima lei ha citato il nome di quella Mila che ha lavorato per lungo tempo al bar e adesso è dimessa, questa persona con la quale io parlavo prima, eravamo molto amici, anche per ragioni di lavoro; siccome era una persona attiva, una persona collaborativa, io le dicevo: allora sta lasciando... E lei diceva: eh, si, se non mi viene incontro l'esterno, se io non risolvo il mio problema all'esterno, io non ho altre possibilità; quando si è potuto affrontare il problema all'esterno (perché il problema in ospedale non esisteva più, in quanto l'ammalata era guarita e lo dimostrava con l'attività che svolgeva) è stato possibile risolverlo e dimetterla; cioè, in un primo tempo questa persona era rassegnata, ma era rassegnata perché era allontanata dall'esterno, quando ha visto che l'esterno è disposto ad accettarla, questa persona ha riacquistato l'aspirazione ad uscire.

D Sicché allora superata la fase di liberalizzazione e appena entrati nella fase della comunità con scopo terapeutico, il problema della comunità terapeutica è tutto all'esterno? La comunità terapeutica è una fase

transitoria?

FURIO Si, è una fase transitoria; avrà indubbiamente dei lati positivi per quanto riguarda la terapia della malattia, diremo cosi l'ammalato non ha più quelle rotture di carattere sociale che aveva prima in un ospedale tradizionale, oggi un ammalato entrando qui, non viene isolato, ha sempre la possibilità di rapporti con gli altri uomini, con i suoi simili, cioè non c'è quella netta rottura che c'era prima. Solamente che poi la rottura dipende molto dall'esterno.

D Dunque la società viene smentita nella sua concezione del malato pericoloso a sé ed agli altri quando l'azione svolta dalla comunità dimostra di ottenere delle guarigioni, e dimostra cosi la non pericolosità dell'ammalato.

FURIO Io penso che potrebbe anche succedere, ma non riesco a vedere un ammalato dimesso dal nostro ospedale che commetta un atto di violenza senza un giustificato motivo. E difatti noi abbiamo discusso quel fatto di violenza di un ex ricoverato di un'altra città. Io ho espresso una opinione e poi ho trovato anche altre persone, sia infermieri, sia ammalati che hanno condiviso la mia opinione: se quell'ammalato fosse prima stato ricoverato in questo ospedale, fosse sopravvenuto questo fatto, e fossero stati chiamati sul posto un malato, o un medico, o un infermiere di

questo ospedale, che avessero avuto dei rapporti con lui questo non sarebbe successo. Ci riferiamo al fatto di cronaca recente, no? che ha dimostrato veramente che il metodo tradizionale dell'ospedale psichiatrico riesce ad uccidere un brigadiere di Pubblica sicurezza. I servizi giornalistici del resto facevano trapelare molte verità; c'era una frase che personalmente mi ha molto colpito; la moglie avrebbe telefonato in questura, mio marito è in stato di agitazione. Loro hanno detto: per il fatto che lei abbia paura noi non possiamo intervenire, bisogna che la persona passi a delle minacce concrete; subito dopo lei ritelefona: mi ha minacciato con la pistola, è armato e mi minaccia. Allora hanno mandato quel brigadiere che è stato ucciso. Sembrava che appena fosse arrivato questo brigadiere, l'altro abbia sparato, ma non è vero. Questo brigadiere è andato sul pianerottolo, con la moglie e la figlia del malato ed è entrato, ha parlato con l'ammalato poi è riuscito lasciando la porta aperta, ed ha detto alla signora: ora è calmo, ma lo portiamo via con noi lo stesso. Ha detto una frase: « lo portiamo via con noi lo stesso ».

D Quindi questo lo ha esasperato?

FURIO Lo ha esasperato; perciò noi abbiamo pensato che se al posto di quel brigadiere ci fosse stato un infermiere o un altro ammalato, o un medico che

avesse avuto dei rapporti durante il ricovero con l'ammalato, questo fatto, secondo me, non sarebbe successo.

D Certo, perché non si sarebbe esasperata la carica di violenza che aveva in sé, chissà, per ragioni di carattere familiare.

FURIO Io non ritengo che un poliziotto abbia la qualifica e i modi e la preparazione necessaria a trattare con una persona ammalata.

D Ma li interviene anche il contenuto della frase, ammesso che sia stata pronunciata così, certamente sarà stata pronunciata circa così, perché c'è il concetto che l'ammalato è una cosa.

FURIO Infatti: « *lo portiamo via con noi* ». Come se fosse un mobile.

D In complesso in genere appunto ci si fa l'immagine dell'ammalato come persona violenta, come persona che dà in escandescenze, infatti chi viene qui per la prima volta, io stesso la prima volta che sono venuto qua, la prima meraviglia è quella di chiedere: ma dove sono gli ammalati?

FURIO Sono alcuni ammalati che si possono definire degli scocciatori, ma io non vedo degli ammalati che siano pericolosi qui dentro: potranno essere definiti degli scocciatori, quando dicono sempre la stessa cosa, quando chiedono un caffè, una sigaretta, ma

questa non credo che si possa definire pericolosità.

D In che percentuale lei attribuisce all'azione dei farmaci e alla azione della comunità questo stato di assoluta non-violenza che c'è?

FURIO Secondo me la non-violenza è circa all'80% dovuta ai rapporti sociali; che poi i farmaci siano efficaci nella terapia generale del malato è un fatto, ma sul comportamento del malato incide per un buon 80% il rapporto sociale.

D Il non sentirsi più una cosa, sentirsi una persona, essere richiesti di assumere queste responsabilità, tutto questo è aiuto quasi essenziale?

FURIO Sì, noi vediamo che c'è una specie di regresso quando questo viene fatto non con convinzione, non con sincerità, ma con una forma molto allarmante di paternalismo che alle volte risulta offensivo; non ci si accorge, ma molte volte non si può trattare una persona adulta con il paternalismo come si tratta un bambino che fa un po' i capricci.

D Questo lei teme che avvenga qualche volta?

FURIO Sì, avviene senz'altro.

D Cioè in un certo senso c'è questo modo di avvicinare il malato paternalisticamente: be', poveretto, vieni qua parliamo.

FURIO Si, questa commiserazione, molte volte io penso che nell'intimo tutti soffriamo quando siamo trattati

con commiserazione, se c'è questa commiserazione vuol dire che io sono inferiore. Molte persone che non hanno un'apertura verso questo problema pensano che per giovare all'ammalato basta trattarlo bene con paternalismo, il che secondo me non è.

D Qui secondo lei in quali casi avviene?

FURIO Avviene nei casi in cui l'ammalato per una ragione o l'altra prende un atteggiamento di contestazione, si irrita e dice: ma, perché, ecc...; e allora gli vien detto: sai, l'ho fatto per te, ma ti chiedo perdono... Se è stata fatta una cosa non giusta ad un ammalato, bisogna discuterla, non ripiegare nel dire: hai ragione, scusami, ho sbagliato, non lo dovevo dire. Contestazione sul piano di parità, perché sennò l'ammalato ne soffre, indubbiamente, magari non si rende conto; a tanti molte volte fa piacere essere commiserati, ma tante volte irrita.

D Quindi c'è necessità di una educazione dell'esterno, in questo senso.

FURIO Educazione soprattutto, perché per comprensione, forse la si trova la comprensióne, ma è una comprensione fatta a parole, non concretizzata dal fatto.

D Probabilmente lo sviluppo attuale della società in senso di cultura, ecc., la porta anche ad una certa comprensione che è di carattere umanitario, cioè: be',

poveretti, che vivano bene, che abbiano un cinema...

FURIO Almeno per quanto mi riguarda mi sforzo sempre che gli svaghi interni abbiano questo significato, di stare insieme agli altri; secondo me non si tratta di andare a vedere una pellicola o andare al ballo, per vedere gli altri ballare o per ballare, ma per stare insieme, perché non si esaurisce il fatto di andare al ballo ballando, ma nel ballo si trattengono dei rapporti fra persona e persona, tra parenti e malati, si fanno dei gruppi, si discute, ecco quello che secondo me è utile.

D È aumentato in questi anni chiamiamolo il potenziale di discussione che la comunità esprime, cioè è più frequente il caso di dibattiti, di discussioni, di interventi, di interessi concreti?

FURIO Si, ma secondo me non di molto; io tengo sempre presente il punto di vista che gli ammalati che vengono in questi posti sono il prodotto dei ceti più bassi della società e che per la malattia stessa non hanno quasi mai potuto avere diremo cosi una sfumatura di educazione; molte persone non hanno frequentato neanche le scuole, soprattutto questo, non perché non abbiano frequentato le scuole non sappiano né leggere né scrivere, hanno magari imparato a leggere e a scrivere, ma io credo che la scuola insegna al bambino a vivere in società praticamente oltre che

a fargli apprendere delle cognizioni che gli sono necessarie; non avendo vissuto nei gruppi durante l'infanzia, non avendo formato dei gruppi, sono un po' apatici verso quello che è il rapporto sociale, e questo sistema di vita invece stimola questo rapporto sociale.

D Che questo sia un ospedale soltanto per poveretti, diciamo.

FURIO Sì, proprio un ospedale per poveretti, la persona che ha i mezzi, non viene in questo ospedale, o si cura privatamente e va nelle cosiddette case di cura. In parte credo magari inconsciamente queste persone sentono questa minorità, non aver ricevuto un'educazione, ma solo in certi casi.

D Mi pare che abbiamo toccato bene il problema questa volta.

FURIO SÌ, ripeto le opinioni mie personali; l'esperienza mia io la vedo così, i continui rapporti che io ho con gli altri amici e con le altre amiche sono rapporti che alle volte io sento un po' falsati dal fatto che io venga ritenuta una persona in possesso di capacità superiori alle loro, per esempio dicono: per fare certi lavori faccia Furio, faccia lui, è lui che è capace.

D Perché lei ormai ha assunto una funzione.

FURIO Sì, ho assunto una funzione che secondo me è incompatibile con la comunità, e molte volte di proposito mi ritraggo.

D Perché sente, dicendolo francamente fra di noi, che la sua posizione è in qualche maniera contraddittoria; cioè o lei fa parte della comunità perché è tin leader, perché è terapista, perché è promotore, o fa parte della comunità perché è degente; ora lei degente non è in effetti ormai, terapista non lo è, e la sua situazione è un po' equivoca.

FURIO Giusto, questa mia situazione mi mette a disagio, continuamente a disagio.

D Ma se le dessero una funzione precisa, lei la accetterebbe?

FURIO Be', una funzione precisa, avrei un po' paura che avendo un riconoscimento ufficiale, lei vuole intendere questo insomma: lei Furio cessa da oggi di essere ricoverato e passa dipendente con queste funzioni. Guardi, io credo questo impossibile, non potrei accettarlo in quanto sentirei che il mio posto sarebbe sempre dall'altra parte.

D Perché lei pensa che in questo senso la comunità non...

FURIO Ho visto il caso di un infermiere di Udine che è venuto da me a chiedere molti consigli per la sociotera- pia, perché secondo lui in me vedeva un socioterapista, e questo infermiere mi ha confessato molto apertamente: io mi trovo a disagio, perché molte volte io devo prendere posizione contro la direzipne a favore del malato e molte volte non posso

farlo essendo un dipendente.

D Questo porterebbe a una posizione contraddittoria.

FURIO Anch'io gli ho detto: anch'io sono conscio perché lei non deve svolgere la socioterapia solo nei riguardi degli ammalati, molte volte è necessario svolgerla anche nei riguardi del personale.

D Lei aveva detto una frase molto indicativa proprio in questo momento, che non è un lapsus: cioè lei ha detto *dall'altra parte*.

FURIO Si, dall'altra parte.

D Perciò secondo lei non siamo arrivati ad esprimere una parità, c'è una parte e c'è l'altra parte.

FURIO Questo viene sentito sia dall'una che dall'altra parte, un malato sente che l'infermiere e il medico sono differenti da lui; d'altra parte, l'infermiere e il medico anche se cercano bonariamente di far vedere che non è vero, automaticamente alle volte puntualizzano questo distacco: io sono l'infermiere e tu sei il malato.

D E in che maniera allora secondo lei l'équipe medica qui non è riuscita a vincere questo stato?

FURIO L'équipe medica fa tutti gli sforzi per vincere questo ma siccome ripeto molte decisioni non possono essere prese comunitariamente, quelle che possono venir prese vengono prese comunitariamente, le altre deve essere l'équipe medica che le prende. Questo

naturalmente convalida la diffidenza del malato che dice: anche se io ho indicato questa soluzione, in fin dei conti chi decide? Se lei partecipa alle nostre cose avrà visto che spesso ci troviamo in un'impasse, in una difficoltà a prendere una decisione. Adesso mettiamo è il caso per il reparto C donne, prima era quello del C uomini. Noi chiedevamo l'apertura perché volevamo che gli amici di questo reparto fossero al pari di noi, cioè che il loro reparto venisse liberalizzato; ma non era una decisione che potevamo prendere noi, in quanto era una decisione che doveva prendere la direzione medica, che doveva distribuire i problemi del reparto chiuso, per permettere ai degenti di quel reparto gli stessi diritti degli altri. E adesso, quando noi parliamo che il C donne è ancora chiuso, diciamo: signor direttore, provveda ad aprire.

D Però voi altri, fatta un'analisi, ritenevate in effetti che la decisione di aprire potesse essere presa...

FURIO Alla nostra richiesta di apertura, la direzione medica era obbligata a rispondere: guardate che ci sono questi e questi problemi.

D E lei dice allora che questo stato decisionale che è soltanto nelle mani della direzione medica crea l'una e l'altra parte?

FURIO Si, crea l'una e l'altra parte. Indubbiamente molte volte fa sentire al malato di far parte della comunità,

ma di non essere quella parte della comunità che può determinare la vita della comunità. La comunità si convince che non è possibile fare una certa cosa per determinate ragioni, però contemporaneamente si sente un po' menomata; quando poi si ripresenta un problema nuovo da risolvere, e viene richiesta la partecipazione della comunità, naturalmente le persone non partecipano.

D C'è una specie di crisi.

FURIO Non bisogna mai dimenticare che per il malato, sia il medico, sia gli infermieri vengono ritenuti sempre delle persone privilegiate per il solo fatto che finito il loro turno e il loro lavoro possono uscire, andare a casa, andare fuori, perché quasi sempre questo è il sottofondo, e viene a galla. Lei è qui praticamente otto ore e dopo se ne va; c'è questa differenza di situazione che crea questo senso di inferiorità.

D Ma l'ammalato non è cosciente che per un certo periodo lui deve rimanere qui per curarsi?

FURIO Si, ma siccome noi abbiamo dei malati lungo-degenti che vivono qui da parecchi anni, questo periodo è già tanto lungo per se stesso, che diventa ancora più lungo se viene prospettato lungo anche nell'avvenire. Parecchie persone sono consapevoli di questo.

D E allora quindi rimane la possibilità di crisi e di fraintendimento fra degenti, personale e sanitari da una parte e dall'altra; la crisi è determinata sempre dall'esterno, cioè quando i sanitari non sono in grado di restituire all'esterno il lungo-degente che è guarito, che è qui e che vorrebbe uscire.

FURIO Il fatto è questo, e viene contestato. I medici e gli infermieri sono esterni per i malati, sono persone dell'esterno, questa manchevolezza viene sentita e io credo che la sentano anche i medici, questa è la vera difficoltà di sensibilizzare l'esterno verso i problemi dell'ammalato mentale.

La serie delle interviste e delle notizie che le legano non sarebbe completa senza aggiungere un'altra testimonianza che consenta al lettore un paragone tra due situazioni: quella della Comunità terapeutica inglese di Maxwell Jones e quella di Gorizia.

D Lei è stata a Dingleton. Può fare quindi un paragone fra le due comunità.

FRANCA BASAGLIA La situazione inglese rispetto a quella goriziana presenta, a mio giudizio, un minor attrito fra quella che è la microsocietà ospedaliera e la società esterna. Il che può dipendere da diversi fattori: la maggiore disponibilità inglese nei confronti

di innovazioni di carattere tecnico-scientifico e quindi la maggior tolleranza dell'ambiente esterno; il minor carattere politico che l'esperienza inglese si propone, anche nella lotta alla gerarchizzazione e struttura dei ruoli, che si limita alla sola realtà istituzionale. Ciò che differenzia, in questo caso, l'esperienza di Gorizia è la messa in crisi globale - attraverso la messa in crisi istituzionale - delle strutture su cui può mantenersi una realtà coercitiva ed oppressiva quale quella manicomiale. Tuttavia un punto di identità fra le due comunità lo si potrebbe individuare nell'impasse attualmente comune ad entrambe: cioè il pericolo di un'involuzione che limiti la azione originariamente « contestante », ad un livello di perfezionismo tecnico che ne negherebbe il significato primo. Questo è avvertibile a Dingleton, dove l'ospedale è aperto già dal '49, prima della costituzione della C.T. da parte di Maxwell Jones. Il grado di stabilizzazione della struttura ospedaliera è tale da riuscire a numerare tutte le alternative possibili al malato, all'interno dell'istituzione, negando ogni spontaneità e attutendo ogni contraddizione interna. L'utilità di questo confronto semmai è data dall'esempio del pericolo che anche Gorizia sta correndo, attualmente: che, superato il momento del rovesciamento istituzionale (con apertura

di tutti i reparti, ecc.), non riesca ad incidere all’esterno, dovendo ridursi ad un perfezionismo interno, sterile e privo di mordente.

D Gli inglesi sono consci di questo?

FRANCA BASAGLIA Direi che non sembra si prefiggano, come finalità, quella di incidere sulle strutture esterne, attraverso un’azione in qualche modo antistituzionale. Le proposte e i tentativi di mutamento (ad es. riforme di tipo settoriale) si mantengono nei limiti di un perfezionismo dell’assistenza psichiatrica, tendente al massimo alla « soluzione ideologica » dei conflitti sociali. In questo senso ciò che per Gorizia sarebbe un fallimento (il riconoscere di dover ridurre la portata politica dell’azione, per limitarsi all’istituzione) a Dingleton è semplicemente la realtà verso cui l’azione generale tende. In definitiva è l’obiettivo che è diverso.

D Insomma, la C.T. inglese sarebbe in un certo senso più cristallizzata di quella italiana?

FRANCA BASAGLIA Nel complesso si, anche perché Gorizia è ancora in una fase di negazione e Dingleton potrebbe essere il simbolo del suo futuro, una volta che questa fase sia superata. Il problema di Gorizia sarà ora quello di vedere in che misura la sua azione di negazione può rivolgersi verso l’esterno, dato che l’obiettivo - questa volta - è la struttura sociale e non

più un'istituzione particolare.

D Per riassumere, quali le differenze?

FRANCA BASAGLIA Da un lato il carattere politico dell'azione goriziana, e dall'altro un maggior impegno didattico-terapeutico a livello di staff a Dingleton che, tuttavia, si richiude nella sfera di interessi particolarmente istituzionali.

Con questo intervento che serve a mettere a fuoco i rapporti tra comunità e società in due paesi diversi e in una diversa situazione politica, economica, sociale, concludo il documento sulla comunità terapeutica dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia. Dalla lettura delle testimonianze spero si possa rilevare chiaramente che esse non sono state alterate in nessun modo e che, anche a rischio di riuscire talvolta incomprensibili, sono trascritte con fedeltà. Qualcuno ascoltando al magnetofono o rileggendo le interviste mi ha già chiesto se gli ammalati intervistati sono già guariti o sono tra quelli meno ammalati. In questo senso, essendo stato assolutamente libero di scegliere, non ho fatto alcuna discriminazione. Andrea, Margherita, Carla sono ammalati lungo-degenti, cioè da molti anni ricoverati in ospedale, letteralmente abbandonati dalle famiglie. Essi non hanno più nessuno al mondo cui riferirsi e la società non ha alcun interesse ad accoglierli.

Bisogna anche dire che una gran parte dei degenti, e non parlo di quelli organicamente lesi, hanno percorso una carriera avventurosa e talvolta inverosimile. Dalle indagini svolte dalla équipe curante, risulta che alcuni anziani, per i quali è stato possibile risalire alle remote origini del ricovero, sono penetrati negli ospedali con forme lievi, via via aggravatesi per i successivi ritorni negli istituti. Questo ripetersi delle segregazioni sino a quella definitiva dipende quasi sempre dall'atteggiamento delle famiglie che non hanno saputo accettare fra le pareti domestiche la presenza di un congiunto inattivo e noioso.

Molti sono i derivati da cause belliche, come Carla, ad esempio, che è arrivata all'ospedale dopo il campo di eliminazione nazista. Poco importa se Carla è stata o no compagna della principessa Mafalda, forse lei si attribuisce questo legame con la sfortunata figlia del re per nobilitare pateticamente la sua pena, come non bastasse il cumulo delle sue personali sofferenze; certo è che sull'avambraccio le hanno tatuato dei numeri che tolgono ogni eventuale dubbio sulla sua carriera di esclusa. Nelle interviste come in tutte le riunioni, l'attenzione dei presenti e la partecipazione è determinata dall'argomento. Se questo interessa la maggior parte dei partecipanti, l'assemblea ha un andamento vivace; se non scaturisce un argomento appassionante la discussione si trascina come dovunque, in modo fiacco e senza

partecipazione. È comunque raro che non vi sia almeno un momento di interesse da quando gli ammalati hanno capito che la loro opinione è ascoltata, richiesta e parificata a quella degli altri.

Dico volutamente « gli altri » perché, come spiega Furio nella sua intervista, nonostante gli sforzi di tutti, le divisioni di classe, di status, esistono nella comunità, come esistono nella realtà. Gli ammalati difatti constatano la loro esclusione quando dopo una giornata di vita comune e di comune impegno essi devono rimanere nell'ospedale mentre gli altri sono liberi di uscirne. È questo uno dei motivi di crisi. L'altra fase critica, a mio parere si determina quando l'ammalato dichiara di poter vivere solo se protetto dalla microsocietà dell'ospedàle liberalizzato, quando cioè egli si chiude volontariamente nella cittadella dove si è sviluppato proprio il movimento di fatti e di idee che intendeva renderlo libero, responsabile e non più oggetto di pubblico scandalo.

Franco Basaglia

Le istituzioni della violenza

Negli ospedali psichiatrici è d'uso ammassare i pazienti in grandi sale, da dove nessuno può uscire, nemmeno per andare al gabinetto. In caso di necessità l'infermiere sorvegliante interno suona il campanello, perché un secondo infermiere venga a prendere il paziente e lo accompagni. La cerimonia è così lunga che molti pazienti si riducono a fare i loro bisogni sul posto. Questa risposta del paziente ad una regola disumana, viene interpretata come un « dispetto » nei confronti del personale curante, o come espressione del livello di incontinenza del malato, strettamente dipendente dalla malattia.

In un ospedale psichiatrico due persone giacciono immobili nello stesso letto. In mancanza di spazio, si approfitta del fatto che i catatonici non si dànno reciprocamente fastidio, per sistemarne due per letto.

In una scuola media, il professore di disegno straccia il foglio dove un bambino ha disegnato un cigno con le zampe, dicendo che a lui « i cigni piacciono sull'acqua ».

In un asilo i bambini sono costretti a sedere nei banchi senza parlare mentre la maestra si dedica a piccoli lavoretti a maglia personali; minacciati di restare ore con le braccia alzate - il che è molto doloroso - qualora si muovano o chiacchierino fra loro, o facciano comunque

qualcosa che disturba la maestra e il suo lavoro.

Un malato ricoverato in qualsiasi reparto di ospedale civile - se non è dozzinante di prima - è certo di essere in balia degli umori del medico, che può sfogare su di lui aggressività a lui completamente estranee.

In un ospedale psichiatrico ad un malato «agitato» viene fatta la « strozzina ». Chi non conosce Pambiente manicomiale ignora di che cosa si tratti: è un sistema molto rudimentale - in uso un po' dovunque - di far perdere coscienza al malato, soffocandolo. Gli viene buttato sulla testa un lenzuolo, spesso bagnato - così da non permettergli di respirare - che si avvita strettamente all'altezza del collo: la perdita di coscienza è immediata.

La frustrazione delle madri e dei padri, si risolve generalmente in violenze costanti sui figli, che non ne soddisfano le aspirazioni competitive: il figlio è inevitabilmente costretto ad essere meglio di un altro, e a vivere come un fallimento la propria *diversità*. Un brutto voto a scuola viene punito, come se la punizione corporea o psicologica servisse a risolvere l'insufficienza scolastica.

Nell'ospedale psichiatrico in cui lavoro, anni fa era in

uso un sistema elaboratissimo per mezzo del quale l'infermiere di turno notturno si garantiva di essere svegliato ogni mezz'ora da un malato, per poter timbrare la sua scheda di presenza, così com'era d'obbligo. La tecnica consisteva nell'incaricare un malato (che fra l'altro non poteva dormire) di dividere il tabacco di una sigaretta dalle briciole di pane che vi erano state mescolate. L'esperienza aveva dimostrato che per questo lavoro di smistamento, occorreva appunto mezz'ora, dopo di che il malato svegliava l'infermiere e riceveva in premio il tabacco. L'infermiere timbrava la sua scheda (era necessario che testimoniasse ogni mezz'ora di essere sveglio) e riprendeva a dormire, incaricando un altro malato o lo stesso malato di ricominciare - nuova clessidra umana - il suo lavoro alienante.

Da « Il Giorno » di qualche tempo fa: « Basta con la tristezza! Il carcere di San Vittore perderà finalmente il suo aspetto grigio e tetro. Da alcuni giorni infatti, alcuni imbianchini sono al lavoro e un lato di uno dei raggi, che dà sul viale Papiniano, appare già dipinto di un bel giallo shocking, che allarga il cuore. Quando tutto il complesso sarà rinfrescato, San Vittore acquisterà un volto più dignitoso, meno pesante e angoscioso del passato». E all'interno? Ci sono ancora i « buioli » nelle celle, ma il muro giallo shocking intanto ci « allarga il cuore ».

Gli esempi potrebbero continuare all'infinito, toccando tutte le istituzioni su cui si organizza la nostra società. Ciò che accomuna le situazioni limite riportate, è *la violenza esercitata da chi ha il coltello dalla parte del manico, nei confronti di chi è irrimediabilmente succube*. Famiglia, scuola, fabbrica, università, ospedale, sono istituzioni basate sulla netta divisione dei ruoli: la divisione del lavoro (servo e signore, maestro e scolaro, datore di lavoro e lavoratore, medico e malato, organizzatore e organizzato). Ciò significa che quello che caratterizza le istituzioni è la netta divisione fra chi ha il potere e chi non ne ha. Dal che si può ancora dedurre che la suddivisione dei ruoli è il r*apporto di sopraffazione e di violenza fra potere e non potere, che si tramuta nell'esclusione da parte del potere, del non potere: la violenza e l'esclusione sono alla base di ogni rapporto che si instauri nella nostra società.*

I gradi in cui questa violenza viene gestita sono, tuttavia, diversi a seconda del bisogno che chi detiene il potere ha di velarla e di mascherarla. Di qui nascono le diverse istituzioni che vanno da quella familiare, scolastica, a quelle carcerarie e manicomiali; la violenza e l'esclusione vengono a giustificarsi sul piano della necessità, come conseguenza le prime della finalità educativa, le altre della « colpa » e della « malattia ».

Queste istituzioni possono essere definite come le *istituzioni della violenza.*

Questa la storia recente (in parte attuale) di una società organizzata sulla netta divisione fra chi ha (chi possiede in senso reale, concreto) e chi non ha; da cui deriva la mistificata suddivisione fra il buono e il cattivo, il sano e il malato, il rispettabile e il non rispettabile. Le posizioni sono - in questa dimensione - ancora chiare e precise: l'autorità paterna è oppressiva e arbitraria; la scuola si fonda sul ricatto e sulla minaccia; il datore di lavoro sfrutta il lavoratore; il manicomio distrugge il malato mentale.

Tuttavia, la società cosiddetta del benessere e dell'abbondanza ha ora scoperto di non poter esporre apertamente il suo volto della violenza, per non creare nel suo seno contraddizioni troppo evidenti che tornerebbero a suo danno, ed ha trovato un nuovo sistema: quello di allargare l'appalto del potere ai tecnici che lo gestiranno in suo nome e continueranno a creare - attraverso forme diverse di violenza: la violenza tecnica - nuovi esclusi.

Il compito di queste figure intermedie sarà quindi quello di mistificare - attraverso il tecnicismo - la violenza, senza tuttavia modificarne la natura; facendo si che l'oggetto di violenza si adatti alla violenza di cui è oggetto, senza mai arrivare a prenderne coscienza e poter diventare, a sua volta, soggetto di violenza reale contro

ciò che lo violenta. Il compito dei nuovi appaltatori sarà quello di allargare le frontiere della esclusione, scoprendo, tecnicamente, nuove forme di deviazione, fino ad oggi considerate nella norma.

Il nuovo psichiatra sociale, lo psicoterapeuta, l'assistente sociale, lo psicologo di fabbrica, il sociologo industriale (per non citarne che alcuni) non sono che i nuovi amministratori della violenza del potere, nella misura in cui - ammorbidendo gli attriti, sciogliendo le resistenze, risolvendo i conflitti provocati dalle sue istituzioni - non fanno che consentire, con la loro azione tecnica apparentemente riparatrice e non violenta, il perpetuarsi della violenza globale. Il loro compito - che viene definito *terapeutico-orientativo* - è quello di adattare gli individui ad accettare la loro condizione di « oggetti di violenza », dando per scontato che l'essere oggetto di violenza sia l'unica realtà loro concessa, al di là delle diverse modalità di adattamento che potranno adottare.

Il risultato è dunque il medesimo. Il perfezionismo tecnico-specialistico riesce a far accettare l'inferiorità sociale dell'escluso, cosi come lo riusciva a fare, in modo meno subdolo e raffinato, la definizione della diversità biologica che, per altra via, sanciva l'inferiorità morale e sociale del *diverso*: entrambi i sistemi tendono a ridurre il conflitto fra l'escluso e l'escludente confermando

scientificamente - l'inferiorità originaria dell'escluso, nei confronti di chi lo esclude. L'atto terapeutico si rivela, in questo senso, una riedizione - riveduta e corretta - della precedente azione discriminante di una scienza che, per difendersi, ha creato « la norma », superata la quale si cade nella sanzione da essa stessa prevista.

L'unico atto possibile da parte dello psichiatra è quindi quello di non tendere a soluzioni fittizie, ma di far prendere coscienza della situazione globale in cui si vive, contemporaneamente esclusi ed escludenti. L'ambiguità delle nostre figure di « terapeuti » sussiste fintantoché noi non ci rendiamo conto del gioco che ci viene richiesto. Se l'*atto terapeutico* coincide con l'impedimento a che la presa di coscienza da parte del malato del suo essere *escluso* si muova dalla sua particolare sfera persecutoria (la famiglia, i vicini, l'ospedale) per entrare in una situazione globale (presa di coscienza di essere escluso da una società che realmente non lo vuole), non ci resta che *rifiutare l'atto terapeutico qualora tenda solo a mitigare le reazioni dell'escluso nei confronti del suo escludente*. Ma per far questo bisogna che noi stessi - gli appaltatori del potere e della violenza - prendiamo coscienza di essere a nostra volta esclusi, nel momento stesso in cui siamo oggettivati nel nostro ruolo di escludenti.

Quando appaltiamo il potere (i concorsi di cattedra, i

primariati, la conquista di una clientela privata a *buon* livello) soggiaciamo all'esame dell' *establishment* che vuole gli garantiamo di essere in grado di espletare - tecnicamente - il nostro compito, senza scosse né deviazioni dalla norma: vuole cioè che garantiamo il nostro appoggio e la nostra tecnica a sua difesa e tutela. Nell'accettazione del nostro mandato sociale, noi garantiamo dunque un atto terapeutico che non è che un atto di violenza verso l'escluso, che ci viene affidato perché ne controlliamo tecnicamente le reazioni nei confronti dell'escludente. Agire all'interno di un'istituzione della violenza, più o meno mascherata, significa rifiutarne il mandato sociale, dialettizzando sul campo pratico questa negazione: negare l'atto terapeutico come atto di violenza mistificata, per unire la nostra presa di coscienza di essere semplici appaltatori della violenza (quindi esclusi), alla presa di coscienza che dobbiamo stimolare negli esclusi del loro essere esclusi: ciò senza agire in alcun modo verso il loro adattamento a questa esclusione.

La negazione di un sistema è la risultante di un rovesciamento, di una messa in crisi nei confronti del campo determinato sul quale si agisce. È questo il caso della crisi del sistema psichiatrico, come sistema scientifico e istituzionale insieme, che viene rovesciato e

messo in discussione dalla presa di coscienza del significato del campo specifico, particolare in cui si opera. Ciò significa che rincontro con la realtà istituzionale ha evidenziato elementi

- in netta contraddizione con le teorie tecnico-scientifiche
- che rimandano a meccanismi estranei alla malattia e alla sua cura. Il che non può non mettere in crisi le teorie scientifiche sul concetto di malattia e le istituzioni su cui esse fondano le loro azioni terapeutiche, rimandandoci alla comprensione di questi «meccanismi estranei» che hanno le loro radici nel sistema sociale-politico-economico che li determina.

L'assorbimento del malato nel corpus medico è stato, da parte della scienza, lento e laborioso. In medicina rincontro fra medico e paziente si attua nel *corpo* stesso del malato, che viene considerato come oggetto di indagine nella sua nuda materialità e oggettualità. Quando però si trasferisce il discorso sul piano dell'incontro psichiatrico, la cosa non è altrettanto semplice o, comunque, non risulta priva di conseguenze. Se l'incontro con il malato mentale si attua sul corpo, non si può che attuarlo su un corpo che si *presume* malato, operando un'azione oggettivante di carattere preriflessivo, da cui si deduce la natura dell'approccio da stabilire: in questo caso si impone al malato il ruolo oggettivo sul quale verrà

a fondarsi l'istituzione che lo tutela. Il tipo di approccio oggettivante finisce quindi per influire sul concetto di sé del malato, il quale - attraverso un tale processo - non può non viversi che come *corpo malato*, esattamente nel modo in cui è vissuto dallo psichiatra e dall'istituzione che lo cura.

La *scienza* ci ha detto, dunque, da un lato, che il malato mentale era da ritenersi il risultato di un'alterazione biologica, non ben identificata, di fronte alla quale non c'era altro da fare che accettarne supinamente la *diversità*, rispetto alla norma: da qui l'azione esclusivamente custodialistica delle istituzioni psichiatriche, come diretta espressione dell'impotenza di una disciplina che, di fronte alla malattia mentale, si è limitata a definirla, catalogarla e gestirla in qualche modo. D'altro lato, le stesse teorie psicodinamiche, che pure hanno tentato di trovare il senso del sintomo attraverso l'indagine dell'inconscio, hanno mantenuto il carattere oggettivo del paziente, anche se attraverso un tipo diverso di oggettivazione: oggettivandolo, cioè, non più come *corpo* ma come *persona*. Così come il successivo contributo del pensiero fenomenologico non è riuscito - nonostante la sua disperata ricerca della soggettività dell'uomo - a toglierlo dal terreno dell'oggettivazione in cui si trova *gettato*: l'uomo e la sua oggettualità sono ancora considerati come un *dato*, sul quale non c'è

possibilità di intervento, oltre ad una generica *comprensione*.

Queste le interpretazioni scientifiche sul problema della malattia mentale. Ma che cosa sia stato fatto del malato reale lo si può vedere solo all'interno dei nostri manicomi, dove né le denunce dei complessi di Edipo, né le attestazioni del nostro essere-con-nel-mondo-della-minaccia sono serviti a toglierlo dalla passività e oggettualità della sua condizione. Se queste « tecniche » fossero veramente entrate nelle organizzazioni ospedaliere, se si fossero lasciate confrontare e contestare dalla realtà del malato mentale, esse avrebbero dovuto - per coerenza - trasformarsi fino a dilatarsi e compenetrare ogni atto della vita istituzionale. Il che avrebbe minato inevitabilmente la struttura autoritaria coercitiva e gerarchica su cui poggia l'istituzione psichiatrica. Ma il potere eversivo di questi metodi di approccio, si mantiene all'interno di una struttura psicopatologica dove, anziché mettere in discussione l'oggettivazione che viene fatta del malato, si continuano ad analizzare i vari modi di oggettualità: si mantengono, cioè, nel sistema che accetta ogni sua contraddizione come un dato ineliminabile. Unica possibilità sarebbe stata quella di sovrapporre - come in certi casi è stato fatto - alle altre terapie (terapie biologiche, farmacologiche) la psicoterapia individuale o di gruppo, la cui azione sarebbe stata, comunque, negata

dal clima custodialistico dell'ospedale tradizionale, o da quello paternalistico dell'ospedale, fondato su basi solo umanitarie. Premessa questa impenetrabilità strutturale delle istituzioni psichiatriche, ad ogni tipo di intervento che vada oltre la loro finalità custodialistica, non possiamo esimerci dal riconoscere che Punica possibilità di approccio e di *rapporto terapeutico* è tuttora, quasi generalmente, consentita solo a livello del malato mentale *libero*, quello cioè che sfugge al ricovero coatto, e per il quale il rapporto con lo psichiatra conserva un margine di reciprocità, strettamente correlato al suo potere contrattuale. In questo caso il carattere integrante dell'atto terapeutico è evidente, nella ricomposizione delle strutture e dei ruoli già messi in crisi, ma non ancora rotti definitivamente dal ricovero.

La situazione (la possibilità di un approccio terapeutico al malato mentale) risulta dunque strettamente legata e dipendente dal sistema, dove ogni rapporto è rigidamente determinato da leggi economiche. C*iò significa che non è Videologia medica a stabilire o indurre Vuno o l'altro tipo di approccio, quanto piuttosto il sistema socio-economico che ne determina le modalità a livelli diversi*.

A ben esaminarla, la malattia - come condizione comune - viene ad assumere un significato *concretamente* diverso, a seconda del livello sociale di chi è malato.

Ciò non significa che la malattia non esiste, ma si

puntualizza un fatto reale di cui si deve tener conto, qualora ci si metta in contatto con il malato mentale dei ricoveri psichiatrici: le *conseguenze* della malattia mentale sono diverse, a seconda del diverso tipo di approccio che con essa si instaura. Queste « conseguenze » (e mi riferisco al livello di distruzione e di istituzionalizzazione del ricoverato nei manicomi provinciali) non possono essere ritenute come la diretta evoluzione della malattia, quanto del tipo di rapporto che lo psichiatra, e quindi la società che egli rappresenta, instaura con lui:

i) Il rapporto di tipo aristocratico dove il paziente ha un potere contrattuale da opporre al potere tecnico del medico. In questo caso esso si mantiene su un piano di reciprocità al solo livello dei ruoli, dato che si attua fra il *ruolo* del medico (alimentato dal mito del proprio potere tecnico) e il *ruolo sociale* del malato che viene ad agire come Tunica garanzia di controllo sull'atto terapeutico di cui è oggetto. Nella misura in cui il malato cosiddetto *libero* fantasmatizza il medico come il depositario di un potere tecnico, gioca contemporaneamente il ruolo di depositario di un altro tipo di potere: quello economico, che il medico fantasmatizza in lui. Benché si tratti di un incontro di poteri più che di uomini, il malato non soggiace

passivamente al potere del medico, almeno finché il suo valore sociale corrisponde ad un valore economico effettivo, perché - una volta che questo venga esaurito - il potere contrattuale scompare, ed il paziente si troverà ad iniziare la reale «carriera del malato mentale» nel luogo in cui la sua figura sociale non avrà più peso né valore.

2) Il rapporto di tipo *mutualistico*, dove si assiste ad una riduzione del potere tecnico e ad un aumento di potere arbitrario, di fronte ad un «mutuato» che non sempre ha la coscienza della propria forza. Qui la reciprocità del rapporto è già sfumata, per ripresentarsi - reale - nei casi in cui vi sia una presa di coscienza da parte del paziente della propria posizione sociale e dei propri diritti, di fronte ad una istituzione che dovrebbe essere creata per tutelarli. Quindi la reciprocità esiste, in questo caso, soltanto in presenza di un notevole grado di maturità e di coscienza di classe da parte del paziente; mentre il medico conserva spesso la possibilità di determinare, come meglio gli aggrada, il rapporto, riservandosi di rientrare nel terreno del *potere tecnico* nel momento in cui gli venga contestata la sua azione arbitraria.

3) Il rapporto *istituzionale* nel quale aumenta vertiginosamente il potere puro del medico (non è più neppure necessario che sia *potere tecnico*), proprio

perché diminuisce vertiginosamente quello del malato che, per il fatto stesso di essere ricoverato in un ospedale psichiatrico, diventa - automaticamente - un cittadino senza diritti, affidato all'arbitrio del medico e degli infermieri, che possono far di lui ciò che vogliono, senza possibilità di appello. Nella dimensione istituzionale, la reciprocità non esiste, né la sua assenza viene in qualche modo mascherata. È qui che si vede - senza veli e senza ipocrisie - ciò che la scienza psichiatrica, come espressione della società che la delega, ha voluto fare del malato mentale. Ed è qui che si evidenzia come non sia tanto in gioco la malattia, quanto la mancanza di valore contrattuale di un malato, che non ha altra alternativa per opporsi che il comportamento abnorme.

Questo abbozzo di analisi dei modi diversi di affrontare e di vivere la malattia mentale, di cui per ora non conosciamo che questa faccia in *questo* contesto, evidenzia che il problema non è quello della malattia in sé (che cosa sia, quale la causa, q*uale la prognosi), ma soltanto di quale tipo sia il rapporto che viene ad instaurarsi con il malato*. La malattia, come entità morbosa, gioca un ruolo puramente accessorio dato che, pur essendo essa il denominatore comune di tutte e tre le situazioni suggerite, nell'ultimo caso sempre (spesso nel

secondo), assume un significato stigmatizzante che conferma la perdita del valore sociale dell'individuo, già implicita nel modo in cui la sua malattia era stata precedentemente vissuta.

Se dunque non è la malattia l'elemento determinante della condizione del malato mentale, cosi come appare nei nostri asili psichiatrici, sono ora da esaminare gli elementi ad essa estranei che pure vi giocano una parte tanto importante.

Analizzando la situazione dell'internato in un ospedale psichiatrico (*che insistiamo nel ritenere l'unico malato stigmatizzato al di fuori della malattia, e quindi l'unico di cui intendiamo qui occuparci*) potremmo incominciare a dire che egli appare, prima di tutto, come un uomo senza diritti, soggetto al potere dell'istituto, quindi alla mercè dei delegati (i medici) della società, che lo ha allontanato ed escluso. Si è già visto che la sua esclusione o espulsione dalla società è però più strettamente legata al suo mancato potere contrattuale (alla sua condizione sociale ed economica) che non alla malattia in^sé. Quale può essere il valore tecnico, scientifico della diagnosi clinica con la quale è stato definito al momento del ricovero? Si può parlare di una diagnosi clinica obiettiva, legata a dati scientifici concreti? O non si tratta invece di una semplice etichetta che - sotto la parvenza di un giudizio tecnico- specialistico - nasconde, neppure troppo

velatamente, il suo più profondo significato discriminante? Uno schizofrenico abbiente, ricoverato in una casa di cura privata, avrà una prognosi diversa da quella dello schizofrenico povero, ricoverato con l'ordinanza in ospedale psichiatrico. Ciò che caratterizzerà il ricovero del primo, non sarà soltanto il fatto di non venire, automaticamente etichettato come un malato mentale « pericoloso a sé e agli altri e di pubblico scandalo », ma il tipo di ricovero di cui gode lo tutelerà dal venire destorificato, separato dalla propria realtà. Il ricovero «privato» non interrompe sempre il continuum dell'esistenza del malato, né riduce o abolisce in modo irreversibile il suo ruolo sociale. Per questo, superato il periodo critico, gli sarà facile essere reinserito nella società. Il potere destonificante, distruttivo, istituzionalizzante a tutti i livelli dell'organizzazione manicomiale, si trova ad agire solo su coloro che non hanno altra alternativa oltre l'ospedale psichiatrico.

Si può, a questa luce, continuare a pensare che il numero dei ricoverati negli istituti psichiatrici corrisponda ai malati di mente di tutti gli strati della nostra società, e che quindi sia solo la malattia a ridurli al grado di oggettivazione in cui si trovano? O non sarebbe invece più giusto ritenere che — proprio perché socio-economicamente insignificanti - questi malati sono oggetto di una violenza originaria (la violenza del nostro sistema

sociale) che li spinge fuori della produzione, ai margini della vita associata, fino alle mura dell'ospedale? Non sono, in definitiva, i rifiuti, gli elementi di disturbo di questa nostra società che non vuole riconoscersi nelle proprie contraddizioni? Non si tratta, semplicemente, di coloro che, partendo da una posizione sfavorevole, sono già *persi* in partenza? Come potremmo continuare a giustificare il nostro rapporto esclusorio nei confronti di questi internati, dei quali è stato troppo facile definire ogni atto, ogni reazione in termini di malattia?

La diagnosi ha ormai assunto il valore di un etichettamento che codifica una *passività* data come irreversibile. Ma questa passività può essere di natura diversa e non solo, o non sempre, malata. È nel momento in cui essa viene considerata solo in termini di malattia, che viene confermata la necessità della sua separazione ed esclusione, senza che il minimo dubbio intervenga a riconoscere alla diagnosi un significato discriminante. In questo modo l'esclusione del malato dal mondo dei sani, libera la società dai suoi elementi *critici* e, insieme, conferma e sancisce la validità del concetto di norma da essa stabilito. Da queste premesse, il rapporto fra il malato e chi si cura di lui non può che essere oggettuale, nella misura in cui la comunicazione fra l'uno e l'altro avviene solo attraverso il filtro di una definizione, di un'etichetta che non consente possibilità di appello.

Questo modo di avvicinare la questione ci schiude davanti agli occhi una realtà *rovesciata*, dove il problema non è più quello della malattia in sé, quanto quello del rapporto che con essa si stabilisce. Ma in questo rapporto si trova coinvolto, come parte in causa, sia il malato con la sua malattia, che il medico, e quindi la società, che la giudica e la definisce: *l'oggettivazione non è la condizione obiettiva del malato, ma risiede all'interno del rapporto fra malato e terapeuta, quindi all'interno del rapporto fra il malato e la società che ne delega al medico la cura e la tutela*. Ciò significa che è il medico ad aver bisogno di un'oggettività su cui poter affermare la propria soggettività; così com'è la nostra società ad aver bisogno di aree di scarico e di compenso dove poter relegare e nascondere le proprie contraddizioni. Il rifiuto della condizione disumana in cui si trova il malato mentale; il rifiuto del livello di oggettivazione in cui è stato lasciato, non può non presentarsi strettamente legato alla messa in crisi dello psichiatra, della scienza cui egli si riferisce, e della società di cui è il rappresentante. Lo psichiatra, la scienza, la società si sono praticamente difesi dal malato mentale e dal problema della sua presenza fra noi: ma, nella misura in cui, di fronte ad un malato già violentato dalla famiglia, dal luogo di lavoro, dal bisogno, noi eravamo i detentori del potere, la nostra difesa si è inevitabilmente tramutata in un'offesa senza

misura, ammantando la violenza che abbiamo continuato ad usare nei confronti del malato, sotto il velo ipocrita della necessità e della terapia.

Ora, di che tipo può essere il rapporto con questi malati, una volta che sia puntualizzata quella che Goffman[4] definisce la «serie di contingenze di carriera» estranee alla malattia? Il rapporto terapeutico non agisce - in realtà - come una *nuova violenza*, come un rapporto politico tendente all'integrazione, nel momento in cui lo psichiatra - come delegato della società - ha il mandato di curare i malati attraverso *atti terapeutici* che hanno l'unico significato di aiutarli ad adattarsi alla loro condizione di « oggetti di violenza »? Ciò non significa che lo psichiatra conferma agli occhi del malato che l'essere oggetto di violenza è l'unica realtà concessagli, al di là delle diverse modalità di adattamento che potrà adottare?

Se accettiamo supinamente questo mandato, nell'accettazione del nostro ruolo, non siamo noi stessi oggetto della violenza del potere che ci impone di agire nella direzione da esso determinata? In questo senso la nostra azione attuale non può essere che una *negazione* che, nata come rovesciamento istituzionale e scientifico, giunge al rifiuto dell'atto terapeutico come risolutivo di conflitti sociali, che non possono essere superati attraverso l'adattamento di chi si subisce. I primi passi di questo rovesciamento si sono, dunque, attuati attraverso la

proposta di una nuova dimensione istituzionale che abbiamo definito, all'inizio, una comunità terapeutica, prendendo a modello quella anglosassone.

Le prime esperienze psichiatriche a carattere comunitario si possono infatti far risalire al '42, in Inghilterra, dove il pragmatismo anglosassone, svincolato dal pensiero per lo più ideologico dei paesi continentali di influsso tedesco, era riuscito a liberarsi della sclerotica visione del malato mentale, come entità irricuperabile, attraverso l'enfatizzazione del problema della *istituzionalizzazione*[5], causa prima del fallimento psichiatrico asilare. Le esperienze di Main e quelle successive di Maxwell Jones furono, infatti, i primi passi di quella che doveva diventare la nuova psichiatria istituzionale comunitaria, basata su presupposti di carattere prevalentemente sociologico.

Contemporaneamente, in Francia iniziava un grosso movimento istituzionale psichiatrico che faceva capo a Tosquelles. Esule antifranchista della guerra civile spagnola, Tosquelles era entrato come infermiere nell'Ospedale Psichiatrico di St Alban, un piccolo paese del massiccio centrale francese, dove - addottoratosi nuovamente in medicina - aveva in seguito ottenuto la direzione dell'istituto. Anche qui un piccolo ospedale - non un centro studi, né un nuovo istituto di indagini psichiatriche - è il terreno in cui nasce, *nella prassi e sul*

piano della necessità, un nuovo linguaggio e una nuova dimensione psichiatrica istituzionale, basata su presupposti psicoanalitici.

Le due tendenze che, sul piano teorico avevano due diverse partenze, sul piano pratico rivelano la validità delle loro impostazioni nel comune rovesciamento di una ideologia, ormai cristallizzata nella contemplazione e nella dissertazione sulla malattia come entità astratta, nettamente separata dal malato nell'istituto psichiatrico.

I paesi di lingua tedesca, invece, legati alla rigida ideologia teutonica, stanno tuttora tentando di risolvere dal vertice il problema degli asili psichiatrici, nell'edificazione di strutture perfezionate, in cui continua a dominare l'atteggiamento custodialistico. Basti citare l'esempio di Gutersloh, l'ospedale di Herman Simon, ora diretto da Winkler, dove non si assiste che al perfezionamento tecnico dell'ideologia ergoterapica di Simon. La stessa psichiatria sociale, ora in auge, non è qui espressione della presa di coscienza del fallimento della psichiatria asilare (con conseguente presa di coscienza dell'oggettivazione del malato a livello istituzionale e scientifico), quanto piuttosto il frutto di un bisogno di aggiornamento intellettuale che non può portare ad altro che all'edificazione di istituti di psichiatria sociale, come quello che sorgerà - nuova Brasilia della psichiatria tedesca - a Magonza, sotto la direzione di Haefner.

Anche in Italia, dove la cultura psichiatrica ufficiale ha sentito soprattutto l'influsso del pensiero tedesco, la situazione istituzionale si è mossa lentamente, con anni di ritardo rispetto a quella inglese e francese. Sia l'esperienza di tipo « settoriale » di netta derivazione francese che quella « comunitaria » di cui si va qui trattando, avevano, dunque, dei precedenti cui riferirsi. Tuttavia, per quanto riguarda la nostra esperienza, si sentiva urgente il bisogno di interventi che dovessero essere adeguati alla realtà su cui si agiva, e non potevano ridursi all'adattamento di modelli già codificati, applicabili ad ogni situazione. Per questo, la scelta del modello anglosassone della comunità terapeutica voleva essere la scelta di un punto di riferimento generico, che potesse giustificare i primi passi di un'azione di *negazione* della realtà manicomiale. Essa passava, però, inevitabilmente, attraverso la negazione di ogni classificazione nosografica, le cui suddivisioni ed elaborazioni risultavano ideologiche rispetto alla condizione reale del malato. Il riferimento al modello anglosassone è, dunque, risultato valido fino al momento in cui il campo d'azione si è andato trasformando e la realtà istituzionale ha mutato faccia.

Nei passi successivi, la definizione di *comunità terapeutica* per la nostra istituzione, si è rivelata ambigua perché poteva, come tuttora può, essere intesa come la

proposta di un modello risolutivo (il momento positivo di una negazione, che si propone come definitivo) che, nella misura in cui è accettato e inglobato nel sistema, viene a perdere la sua funzione contestante. Comunque, seguendo passo passo le varie fasi evolutive di questo nostro rovesciamento istituzionale, risulterà più chiara la necessità di un continuo *rompersi* delle linee d'azione che - inserite nel sistema - proprio per questo loro inserimento devono venire mano a mano negate e distrutte.

La nostra comunità terapeutica è nata, dunque, come il rifiuto di una situazione proposta come un dato, anziché come un *prodotto*. Il primo contatto con la realtà manicomiale ha subito evidenziato le forze in gioco: l'internato, anziché apparire come un *malato*, risulta l'oggetto di una violenza istituzionale che agisce a tutti i livelli, perché ogni azione contestante è stata definita entro i limiti della malattia. Il livello di degradazione, oggettivazione, annientamento totale in cui si presenta, non è l'espressione pura di uno stato morboso, quanto piuttosto il prodotto dell'azione distruttiva di un istituto, la cui finalità era la tutela dei sani nei confronti della follia. Tuttavia, una volta sfrondato il paziente delle sovrastrutture e delle incrostazioni istituzionali, ci si accorge che egli è ancora l'oggetto di una violenza^ che la società ha usato e continua ad usare nei suoi confronti, nella misura in cui - prima di essere un malato mentale -

egli è un uomo senza potere sociale, economico, contrattuale: una semplice presenza negativa, ridotta ad essere aproblematica e acontraddittoria, per mascherare la contraddittorietà della nostra società.

Come dedicarsi, in questa situazione, alla malattia come *dato*? Dove riconoscerla, dove individuarla se non in un *altrove* che non ci è ancora possibile toccare? Possiamo ignorare la natura della distanza che ci separa dal malato, imputandone la causa solo alla malattia? O non vogliamo prima togliere, ad una ad una, le scorze dell'oggettivazione, per vedere che cosa resta?

Se dunque il primo momento di quest'azione eversiva può essere emotivo (nel senso che si rifiuta di considerare il malato un non uomo), il secondo non può che essere la presa di coscienza del suo carattere politico, nel senso che ogni azione svolta nei confronti del inalato, continua ad oscillare fra l'accettazione supina o il rifiuto della *violenza*, sulla quale il nostro sistema socio-politico si fonda. *L'atto terapeutico si rivela un atto politico di integrazione, nella misura in cui tende a ricomporre, ad un livello regressivo, una crisi già in atto; a ricomporre cioè la crisi, facendo retrocedere alla accettazione di ciò che l'ha provocata.*

È nato cosi, sul terreno pratico, un processo di liberazione che, partendo da una realtà violenta e

altamente repressiva, ha tentato la via del *rovesciamento istituzionale*. Rivedendo ora i passi graduali di questo processo - attraverso la presentazione di stralci di lavori, cronologicamente ordinati, sulla elaborazione concettuale della prassi in atto — risulterà forse più facile chiarire il significato di questa azione che rifiuta di proporsi come un *modello* risolutivo, i cui risultati si limiterebbero a confermare il *sistema*.

Nel 1925, un manifesto di artisti francesi che si firmavano la « revolution surrealiste », indirizzato ai direttori dei *manicomi*, cosi concludeva: « Domattina, all'ora della visita, quando senza alcun lessico tenterete di comunicare con questi uomini, possiate voi ricordare e riconoscere che nei loro confronti avete una sola superiorità: la forza ».

Quarant'anni dopo - legati come gran parte dei paesi europei, ad una legge antica ancora incerta fra l'assistenza e la sicurezza, la pietà e la paura - la situazione non è di molto mutata: limiti forzati, burocrazia, autoritarismo regolano la vita degli internati per i quali già Pinel aveva clamorosamente reclamato il diritto alla libertà... Lo psichiatra sembra, infatti, riscoprire solo oggi che il primo passo verso la cura del malato è il ritorno alla *libertà* di cui finora egli stesso lo aveva privato. La necessità di un regime, di un sistema nella complessa

organizzazione dello spazio chiuso nel quale il malato mentale è stato isolato per secoli, richiedeva al medico il solo ruolo di sorvegliante, di tutore interno, di moderatore degli eccessi cui la malattia poteva portare: il valore del sistema superava quello dell'oggetto delle sue cure. Ma oggi lo psichiatra si rende conto che i primi passi verso la « apertura » del manicomio producono nel malato una graduale trasformazione del suo porsi, del suo rapporto con la malattia e col mondo, della sua prospettiva delle cose, ristretta e rimpicciolita, non solo dalla condizione morbosa, ma dalla lunga ospedalizzazione. Dal momento in cui oltrepassa il muro dell'internamento, il malato entra in una nuova dimensione di vuoto emozionale... viene immesso, cioè, in uno spazio che, originariamente nato per renderlo inoffensivo ed insieme curarlo, appare in pratica come un luogo paradossalmente costruito per il completo annientamento della sua individualità, come luogo della sua totale *oggettivazione*...

Ma attraverso la realizzazione di queste prime tappe verso la trasformazione del manicomio in un ospedale di cura, il malato... non si presenta più come un uomo rassegnato e docile ai nostri voleri, intimidito dalla forza e dall'autorità di chi lo tutela... Ma si presenta come un malato il quale, reso oggetto dalla malattia, non accetta più di essere *oggettivato* dallo sguardo del medico che lo tiene a distanza. L'aggressività che - come espressione

della malattia ma, soprattutto, dell'istituzionalizzazione, rompeva di tanto in tanto lo stato di apatia e di disinteresse - cede il passo in molti pazienti ad una nuova aggressività sorta dall'oscuro sentire, al di là dei loro particolari deliri, di essere « ingiustamente » considerati non uomini, soltanto perché sono « in manicomio ».

È in questo momento che il ricoverato, con un'aggressività che trascende dunque la sua stessa malattia, scopre il suo *diritto* a vivere una vita umana...

Ora, perché il manicomio, dopo la graduale distruzione delle sue strutture alienanti, non abbia a declinarsi in un ridente asilo di servi riconoscenti, l'unico punto su cui sembra di poter far leva è appunto *l'aggressività* individuale. Su questa aggressività, che è ciò che noi psichiatri cerchiamo per una autentica relazione con il paziente, potremo impostare un rapporto di tensione reciproca che, solo, può essere in grado - attualmente - di rompere i legami di autorità e di paternalismo, causa fino a ieri di istituzionalizzazione... (*agosto 1964*).

... La situazione cui ci si è trovati di fronte alla nostra istituzione si presentava altamente istituzionalizzata in tutti i suoi settori: malati, infermieri, medici... Si cercò quindi di provocare una situazione di rottura che potesse far uscire i tre poli della vita ospedaliera dai loro ruoli cristallizzati, ponendoli in un gioco di tensione e controtensione in cui tutti si sarebbero trovati coinvolti e

responsabili. Significava entrare nel « rischio », il quale solo poteva mettere allo stesso livello medici e malati, malati e staff, uniti nella stessa causa, tesi verso uno scopo comune. Su questa tensione dovevano poggiare le basi della nuova struttura da edificare: allentandosi questa, tutto sarebbe tornato alla precedente situazione istituzionalizzata... La nuova organizzazione interna sarebbe così incominciata a svilupparsi dalla base invece di partire dal vertice, nel senso che, anziché presentarsi come uno schema cui la vita comunitaria dovesse aderire, sarebbe stata la vita comunitaria stessa a creare un ordine nato dalle sue esigenze e dalle sue necessità: l'organizzazione, invece di basarsi su una regola imposta dall'alto, sarebbe diventata essa stessa un atto terapeutico...

Tuttavia, se la malattia è anche legata, come nella maggior parte dei casi, a fattori socio-ambientali, a livelli di resistenza all'urto di una società che non tiene conto dell'uomo e delle sue esigenze, la soluzione di un così grave problema non può che essere trovata in una impostazione socio-economica, tale da consentire anche il graduale reinserimento di questi elementi che non hanno retto allo sforzo, che non hanno sostenuto il gioco. Qualsiasi tentativo si possa compiere nell'avvicinarsi a questo problema, si limiterà solo a dimostrare che l'attuazione di un simile passo è possibile, ma resterà

inevitabilmente isolato e quindi privo del minimo significato sociale, se ad esso non si unisca un movimento strutturale di base che abbia a tener conto di ciò che avviene quando un malato mentale viene dimesso, del lavoro che non trova, dell'ambiente che lo respinge, delle circostanze che, anziché aiutarlo a reinserirsi, lo spingono gradualmente verso le mura dell'Ospedale Psichiatrico. Parlare di una riforma della legge psichiatrica attuale, significa voler affrontare, non solo nuovi sistemi e regole su cui fondare la nuova organizzazione, ma soprattutto i problemi di carattere sociale che sono ad essa collegati... (*marzo 1965*).

... Analizzando ora quali forze abbiano potuto agire cosi profondamente sul malato da arrivare ad annientarlo, si riconosce che una sola è in grado di provocare simili danni: l'autorità. Un'organizzazione basata sul solo principio di autorità, il cui scopo primo sia l'ordine e l'efficienza, deve scegliere fra la libertà del malato (e quindi la resistenza che può opporgli) ed il buon andamento del ricovero. È stata sempre scelta l'efficienza e il malato è stato sacrificato in suo nome... Ma dopo che con la loro azione i farmaci hanno concretamente reso evidente allo psichiatra di non trovarsi di fronte ad una malattia; ma ad un uomo malato, egli non può continuare a considerarlo come un elemento da cui la società deve esser protetta. *Questa società* tenderà sempre a difendersi

da ciò che le fa paura e ad imporre il suo sistema di restrizioni e di limiti alle organizzazioni delegate a curare i malati mentali: ma lo psichiatra non può continuare ad assistere alla distruzione del malato a lui affidato, reso *oggetto*, ridotto a cosa da una organizzazione che, anziché cercare il dialogo con lui, continua a parlare fra sé...

Per riabilitare l'istituzionalizzato che vegeta nei nostri asili, sarà quindi più importante sforzarci - prima di costruirgli attorno un nuovo spazio accogliente, umano di cui pure ha bisogno - di risvegliare in lui un sentimento di *opposizione al potere* che lo ha finora determinato ed istituzionalizzato. Dal risveglio di questo sentimento, il vuoto emozionale in cui il malato ha vissuto per anni, tornerà a riempirsi delle forze personali di reazione, di conflitto, *dell'aggressività* sulla quale - sola - sarà possibile far leva per la sua riabilitazione...

Ci si trova dunque di fronte alla necessità di un'organizzazione e alla impossibilità di concretarla; davanti al bisogno di formulare un abbozzo di sistema cui riferirsi, per subito trascenderlo e distruggerlo; al desiderio di provocare dall'alto gli avvenimenti e alla necessità di attendere che essi si elaborino e si sviluppino dalla base; davanti alla ricerca di un nuovo tipo di rapporto fra malato, medico, staff e società in cui il ruolo protettivo dell'ospedale venga equamente diviso fra tutti...; davanti alla necessità di mantenere un livello di

conflitto tale da stimolare, anziché reprimere, l’aggressività, le forze di reazione individuali di ogni singolo malato (*giugno 1965*).

La costituzione di un complesso ospedaliero retto comunitariamente e basato su premesse che tendano alla distruzione del principio di autorità, ci pone però in una situazione che va slittando dal piano di realtà sul quale vive la società attuale. È per questo che un tale stato di tensione non può che essere mantenuto da una radicale presa di posizione da parte dello psichiatra, che vada oltre il suo ruolo e si concreti in un’azione di smantellamento della gerarchia di valori su cui si fonda la psichiatria tradizionale. Ciò ci richiede, tuttavia, di uscire dai nostri ruoli per rischiare di persona, per tentare l’abbozzo di qualcosa che, seppure già avrà in sé i germi dei futuri errori, ci aiuti, per il momento, a rompere questa situazione cristallizzata, senza aspettare che siano solo le leggi a sancire le nostre azioni...

La comunità terapeutica, cosi intesa, non può che essere in opposizione alla realtà sociale in cui si vive perché - basata com’è su dei presupposti che tendono a distruggere il principio di autorità nel tentativo di programmare una condizione comunitariamente terapeutica - essa si pone in netta antitesi con i principi informatori di una società, ormai identificata con le regole che, al di là di ogni possibile intervento individuale, la convogliano in un

ritmo di vita anonimo, impersonale, conformista (*febbraio 1966*).

... In Italia, tuttavia, siamo ancora legati ad uno scetticismo e ad una pigrizia che non hanno giustificazioni.

L'unica spiegazione può essere data in chiave socioeconomica: il nostro sistema sociale - ben lontano dall'essere un regime economico di pieno impiego - non può essere interessato alla riabilitazione del malato mentale che non potrebbe essere recepito da una società, dove non è risolto appieno il problema del lavoro dei suoi membri sani.

In questo senso ogni esigenza di carattere scientifico da parte della psichiatria, rischia di perdere il suo significato più importante - il suo aggancio appunto sociale - se alla sua azione all'interno di un sistema ospedaliero ormai in sfacelo, non si unisce un movimento strutturale di base, che abbia a tener conto di tutti i problemi di carattere sociale che sono legati all'assistenza psichiatrica.

Se quello della comunità terapeutica può essere, dunque, considerato un passo necessario nell'evoluzione dell'Ospedale Psichiatrico (necessario soprattutto per la funzione che ha avuto e che tuttora ha di smascheramento di ciò che il malato mentale era ritenuto e non è, e per l'individuazione dei ruoli *prima inesistenti* al di fuori di un livello autoritario) non può però considerarsi la meta finale verso cui tendere, quanto piuttosto una fase

transitoria in attesa che la situazione stessa si evolva in modo da fornirci nuovi elementi di chiarificazione...

La comunità terapeutica è un luogo nel quale tutti i componenti (e ciò è importante) - malati, infermieri e medici - sono uniti in un impegno totale dove le contraddizioni della realtà rappresentano l'humus dal quale scaturisce l'azione terapeutica reciproca. È il gioco delle contraddizioni - anche a livello dei medici fra loro, medici e infermieri, infermieri e malati, malati e medici - che continua a rompere una situazione che, altrimenti, potrebbe facilmente portare ad una cristallizzazione dei ruoli.

Vivere dialetticamente le contraddizioni del reale è dunque l'aspetto terapeutico del nostro lavoro. Se tali contraddizioni - anziché essere ignorate o programmaticamente allontanate nel tentativo di creare un mondo ideale - vengono affrontate dialetticamente; se le prevaricazioni degli uni sugli altri e la tecnica del capro espiatorio - anziché essere accettati come inevitabili - vengono dialetticamente discusse, cosi da permettere di comprenderne le dinamiche interne, allora la comunità diventa terapeutica. Ma la dialettica esiste solo quando ci sia più di una possibilità, cioè un'alternativa. Se il malato non ha alternative, se la sua vita gli si presenta già prestabilita, organizzata e la sua partecipazione personale consiste nell'adesione all'ordine, senza possibilità di

scampo; si troverà imprigionato nel terreno psichiatrico, cosi come si trovava imprigionato nel mondo esterno di cui non riusciva ad affrontare dialetticamente le contraddizioni. Come la realtà che non riusciva a contestare, l'istituto cui non può opporsi, non gli lascia che un unico scampo: la fuga nella produzione psicotica, il rifugio nel delirio dove non c'è né contraddizione né dialettica...

Primo passo - causa e nello stesso tempo effetto del passaggio dalla ideologia custodialistica a quella più propriamente terapeutica - risulta quindi il mutamento dei rapporti interpersonali fra coloro che agiscono nel campo. Mutamento che, con il variare o il costituirsi di motivazioni valide, tende a formare nuovi ruoli che non presentano più alcuna analogia con quelli della precedente situazione tradizionale. È questo terreno ancora informe, dove ogni personaggio va alla ricerca del suo ruolo, che costituisce la base da cui prende l'avvio la nuova vita terapeutica istituzionale.

Nella situazione comunitaria il medico, quotidianamente controllato e contestato da un paziente che non si può allontanare né ignorare, perché costantemente presente a testimoniare i suoi bisogni, non può arroccarsi in uno spazio che potremmo definire asettico, dove poter ignorare la problematica che la malattia stessa gli propone. Né può risolversi in un dono generoso di sé che,

attraverso il suo inevitabile trascendersi nel ruolo di apostolo munito di una missione, stabilirebbe un altro tipo di distanza e di differenziazione, non meno grave e distruttivo del precedente. La sua unica posizione possibile risulterebbe un nuovo ruolo, costruito e distrutto dal bisogno che il malato ha di fantasmatizzarlo (di renderlo cioè forte e protettivo) e di negarlo (per sentirsi forte a sua volta); ruolo in cui la preparazione tecnica gli consenta - oltre il rapporto strettamente medico con il paziente, che resta inalterato - di seguire e comprendere le dinamiche che vengono a determinarsi, così da poter rappresentare, in questa relazione, il polo dialettico che controlla e contesta come viene controllato e contestato.

L'ambiguità del suo ruolo sussiste, comunque, fintantoché la società non chiarirà il suo mandato, nel senso che il medico ha un ruolo preciso che la società stessa gli fissa: controllare un'organizzazione ospedaliera nella quale il malato mentale sia tutelato e curato. Si è visto, tuttavia, come il concetto di tutela (nel senso delle misure di sicurezza necessarie per prevenire e contenere la pericolosità del malato) sia in netto contrasto con il concetto di cura che dovrebbe invece tendere al suo espandersi spontaneo e personale; e come l'uno neghi l'altro. In che modo il medico può conciliare queste due esigenze, in sé contraddittorie, finché la società non chiarirà verso quale dei due poli (la custodia o la cura)

vuole orientare l'assistenza psichiatrica?... (*ottobre 1966*).

...Ogni società, le cui strutture siano basate soltanto su differenziazioni culturali, di classe e su sistemi competitivi, crea in sé aree di compenso alle proprie contraddizioni, nelle quali concretare la necessità di negare o di fissare in una oggettualizzazione una parte della propria soggettività...

Il razzismo in tutte le sue facce non è che l'espressione del bisogno di queste aree di compenso; quanto l'esistenza dei manicomi, quale simbolo di quelle che si potrebbero definire « le riserve psichiatriche » (paragonandole all'apartheid del negro o ai ghetti) è l'espressione di una volontà di escludere ciò che si teme perché ignoto ed inaccessibile. Volontà giustificata e scientificamente confermata da una psichiatria che ha considerato l'oggetto dei suoi studi come incomprensibile e, in quanto tale, da relegare nella schiera degli esclusi...

Il malato mentale è un escluso che, in una società come l'attuale, non potrà mai opporsi a chi lo esclude, perché ogni suo atto è ormai circoscritto e definito dalla malattia. È quindi solo la psichiatria, nel suo duplice ruolo medico e sociale, che può essere in grado di far conoscere al malato che cos'è la malattia e che cosa la società gli ha fatto, escludendolo da sé: solo attraverso la presa di coscienza del suo essere stato escluso, e rifiutato, il

malato mentale potrà riabilitarsi dalla condizione di istituzionalizzazione in cui lo si è indotto...

Perché è qui, oltre le mura dei manicomi, che la psichiatria classica ha dimostrato il suo fallimento: nel senso che in presenza del problema del malato mentale, essa ha risolto negativamente, escludendolo dal suo contesto sociale ed escludendolo quindi dalla sua stessa umanità... Posto in uno spazio coatto dove mortificazioni, umiliazioni, arbitrarietà sono la regola, l'uomo - qualunque sia il suo stato mentale - si oggettivizza gradualmente nelle leggi dell'internamento, identificando visi. Il suo erigere la crosta di apatia, disinteresse, insensibilità non sarebbe dunque che il suo estremo atto di difesa contro il mondo che prima lo esclude e poi lo annienta: l'ultima risorsa personale che il malato, cosi come l'internato, oppone, per tutelarsi dalla esperienza insopportabile del vivere coscientemente come escluso.

Ma è solo su questa presa di coscienza della sua posizione di escluso, e della parte di responsabilità che in questa sua esclusione la società ha giocato, che il vuoto emozionale in cui il malato ha vissuto per anni, sarà gradualmente sostituito da una carica di aggressività personale. Essa si risolverà in un'azione di aperta contestazione con reale, che il malato ora rifiuta, non più come atto di malattia, ma perché si tratta veramente di una realtà che non può essere vissuta da un uomo: la sua

libertà sarà allora frutto della sua conquista e non un dono del più forte... (*dicembre 1966*).

... Se originariamente, il malato soffre della perdita della propria identità, l'istituzione e i parametri psichiatrici gliene hanno costruita una nuova attraverso il tipo di rapporto oggettivante che hanno con lui stabilito, e attraverso gli stereotipi culturali con cui lo hanno circondato. Per questo si può dire che il malato mentale, immesso in una istituzione la cui finalità terapeutica risulta ambigua nel suo ostinarsi a rapportarsi ad un *corpo malato*, ha assunto su di sé l'istituzione stessa come proprio corpo, incorporando l'immagine di sé che l'istituzione gli impone... Il malato, che già soffre di una perdita di libertà quale può essere interpretata la malattia, si trova ad aderire ad un nuovo corpo che è quello dell'istituzione, negando ogni desiderio, ogni azione, ogni aspirazione autonoma che lo farebbero sentire ancora vivo e ancora se stesso. Egli diventa un corpo vissuto *nell'istituzione, per l'istituzione*, tanto da essere considerato come parte delle sue stesse strutture fisiche.

« Prima di uscire sono stati controllati serrature e malati ». Queste sono le frasi che si leggono nelle note consegnate da un turno di infermieri al successivo, per garantire il perfetto ordine del reparto. Chiavi, serrature, sbarre, malati, tutto ciò fa parte dell'arredamento ospedaliero, di cui infermieri e medici sono responsabili,

senza che una benché minima differenziazione qualitativa li distingua... il malato è ormai soltanto un *corpo istituzionalizzato* che si vive come oggetto e che - qualche volta, finché non è completamente domato - tenta, attraverso acting-out apparentemente incomprensibili, di riconquistare le qualifiche di un *corpo proprio, di un corpo vissuto,* rifiutando di identificarsi con l'istituzione.

Attraverso l'approccio antropologico al mondo istituzionale è quindi possibile dare interpretazioni diverse da quelle date alle modalità, tradizionalmente riconosciute come proprie del degente psichiatrico. *Il malato è osceno, è disordinato, si comporta in modo sconveniente*. Queste sono manifestazioni aggressive nelle quali il malato sta ancora cercando, in modo diverso, in un mondo diverso (forse quello della provocazione) di uscire dall'oggettualità in cui si sente rinchiuso, per testimoniare di esserci comunque. Ma all'interno di un istituto c'è una ragione psicopatologica per ogni avvenimento e una spiegazione scientifica per ogni atto? Cosi il malato che non poteva essere immediatamente oggettivato al momento del suo ingresso in ospedale, il malato per il quale il medico aveva potuto solo presumere un *corpo malato*, è ora finalmente domato e rinchiuso in una etichetta che ha tutti i crismi dell'ufficialità scientifica. ... È in questa condizione che il paziente si trova in un istituto la cui finalità risulta l'invasione

sistematica dello spazio, in lui già ristretto dalla regressione malata. La modalità passiva nella quale l'istituto lo costringe, non gli consente infatti di vivere gli avvenimenti secondo una dialettica interna. Non gli consente di vivere, offrirsi, ed essere con gli altri avendo - insieme - la possibilità di salvaguardarsi, difendersi, rinchiudersi. Il corpo del ricoverato è divenuto soltanto un punto di passaggio: un corpo indifeso, spostato come un oggetto di reparto in Reparto, cui viene impedita - concretamente ed esplicitamente - la possibilità di ricostruirsi un *corpo proprio* che riesca a dialettizzare il mondo, attraverso l'imposizione del corpo unico, aproblematico, senza contraddizioni dell'istituto... Una comunità dunque altamente antiterapeutica, nel suo ostinarsi a presentarsi come un enorme involucro, riempito di tanti corpi che non possono *viversi* e che stanno *li, in attesa che qualcuno se li prenda* e li faccia vivere a suo modo: nella schizofrenia, nella psicosi maniaco-depressiva, nell'isterismo. Definitivamente cosificati... (*marzo 1967*).

... Se dunque la situazione asilare ha rivelato l'antiterapeuticità sostanziale delle sue strutture, una trasformazione che non sia accompagnata da un travaglio interno che le metta in discussione dalla base, risulta del tutto superficiale ed apparente. Ciò che si è rivelato antiterapeutico e distruttivo nelle istituzioni psichiatriche

non è una tecnica particolare o un singolo strumento, ma l'intera organizzazione ospedaliera che - tesa com'è all'efficienza del sistema — ha inevitabilmente oggettivato ai suoi occhi il malato che doveva essere l'unica finalità della sua esistenza. Su questa base è evidente che l'immissione di una nuova *tecnica terapeutica* nel vecchio terreno istituzionale risulta precipitosa, se non addirittura dannosa, nel senso che, messa a nudo per la prima volta la realtà istituzionale come un problema da affrontare, si rischia di ricoprirla velocemente come un nuovo vestito che la presenti sotto una luce meno drammatica. Anche la « socioterapia » come espressione della scelta attuata dalla psichiatria della via dell'integrazione, rischia - al momento attuale - di ridursi ad una semplice copertura di problemi, rivelandosi

- come i vestiti dell'Imperatore della favola di Andersen

- una copertura in realtà inesistente, nella misura in cui la struttura che la sottende non può che negarla e distruggerla... (*aprile 1967*).

... Non potendo più escludere come problema il malato mentale... si tenta infatti ora di *integrarlo* in questa stessa società, con tutte le paure e i pregiudizi nei suoi confronti che l'hanno sempre caratterizzata, mediante un sistema di istituzioni che, in qualche modo, la preservi dalla

diversità che il malato mentale continua a rappresentare...

Ora ci sono due strade da seguire: o decidiamo di guardarlo in faccia senza più tentare di proiettare in lui il male da cui non vogliamo essere toccati, considerandolo un problema che deve far parte della nostra realtà e quindi non si può eludere; o affrettiamoci - come la nostra società sta già tentando di fare - a sedare la nostra ansia erigendo un nuovo diaframma che aumenti la distanza, appena colmata, fra *noi e loro*, e costruiamo subito un *bellissimo ospedale.* Nel primo caso il problema non può però mantenersi entro i limiti ristretti di una «scienza» quale la psichiatria, che non conosce l'oggetto della sua ricerca; ma diventa un problema generale che riveste un carattere più specificamente politico, implicando il tipo di rapporto che la società attuale vuole o non Vuole impostare con una parte dei suoi membri... (*gennaio 1967*).

... Tuttavia, nel momento in cui si mette in discussione la psichiatria tradizionale che - nell'aver assunto a valore metafisico i parametri, su cui si fonda il suo sistema - si è rivelata inadeguata al suo compito, si corre il rischio di cadere in un analogo impasse, qualora ci si immerga nella prassi, senza mantenere un livello critico all'interno della prassi stessa... Ciò significa che, volendo partire dal « malato mentale », dal ricoverato dei nostri istituti come unica realtà, c'è il pericolo di avvicinare il problema in

modo puramente emotivo. Capovolgendo, in un'immagine positiva, il negativo del sistema coercitivo-autoritario del vecchio manicomio, si rischia di saturare il nostro senso di colpa nei confronti dei malati in un impulso umanitario, capace soltanto di confondere nuovamente i termini del problema... È per questo che si sente l'esigenza di una psichiatria che voglia costantemente trovare la sua verifica nella realtà e che nella realtà trovi però gli elementi di contestazione per contestare se stessa...

La psichiatria asilare riconosca dunque di aver fallito il suo incontro con il reale, sfuggendo alla verifica che - attraverso quella realtà - avrebbe potuto attuare. Una volta sfuggitale la realtà, non ha che continuato a fare della « letteratura », elaborando le sue teorie ideologiche, mentre il malato si trovava a pagare le conseguenze di questa frattura - rinchiuso nell'unica dimensione ritenuta adatta a lui: la segregazione... Ma per lottare contro i risultati di una scienza ideologica, bisogna anche lottare per cambiare il'sistema che la sostiene.

Se, infatti, la psichiatria - attraverso la conferma scientifica dell'incomprensibilità dei sintomi - ha giocato la sua parte nel processo di esclusione del « malato mentale », essa è da considerarsi, insieme, l'espressione di un sistema che ha finora creduto di negare ed annullare le proprie contraddizioni allontanandole da sé, rifiutandone la dialettica, nel tentativo di riconoscersi

ideologicamente come una società senza contraddizioni... Se il malato è l'unica realtà cui ci si debba riferire, si devono affrontare le due facce di cui tale realtà è appunto costituita: quella del suo essere un malato, con una problematica psicopatologica (dialettica e non ideologica) e quella del suo essere un escluso, uno stigmatizzato sociale. Una comunità che vuole essere terapeutica deve tener conto di questa duplice realtà - la malattia e la stigmatizzazione - per poter ricostruire gradualmente il volto del malato, cosi come doveva essere prima che la società, con i suoi numerosi atti di esclusione e l'istituto da essa inventato, agissero su di lui con la loro forza negativa (*giugno 1967*).

...Nel campo reale della prassi il rapporto cosiddetto terapeutico sprigiona infatti dinamiche che - a ben esaminarle - non hanno niente a che fare con la « malattia », ma che, purtuttavia, vi giocano un ruolo non indifferente.

Mi riferisco qui, in particolare, al rapporto di potere che si instaura fra il medico e il malato, rapporto nel quale la diagnosi di malattia è un puro accidente, un'occasione al crearsi di un gioco di potere-regressione che sarà invece determinante nei modi di sviluppo della malattia stessa. Si tratti del « potere istituzionale » di carattere pressoché assoluto di cui lo psichiatra è investito all'interno di una struttura asilare, o di un potere

cosiddetto « terapeutico », potere « tecnico », potere « carismatico » o potere « fanta- smatico », lo psichiatra gode di una situazione di privilegio nei confronti del malato che, già di per sé, inibisce la reciprocità dell'incontro e quindi la possibilità di un rapporto reale. Del resto il malato, proprio in quanto malato mentale, si adeguerà tanto più facilmente a questo tipo di rapporto oggettuale e aproblematico, quanto più vorrà sfuggire la problematicità della realtà cui non sa far fronte. Troverà, dunque, proprio nel rapporto con lo psichiatra, l'avallo alla sua oggettivazione e de-responsabilizzazione, attraverso un tipo di approccio che ne alimenterà e cristallizzerà il livello di regressione...

Lo psichiatra dispone dunque di un potere che finora non gli è servito a capire qualcosa di più del malato mentale e della sua malattia, ma che ha invece usato per difendersi da loro, adoperando - come una delle armi principali - la classificazione delle sindromi e le schematizzazioni psicopatologiche... È per questo che la diagnosi psichiatrica ha inevitabilmente assunto il significato di un giudizio di valore, quindi di un etichettamento, poiché - di fronte all'impossibilità di comprendere le contraddizioni della nostra realtà - non resta che scaricare l'aggressività accumulata, sull'oggetto provocatorio che non si lascia comprendere. Ciò significa però che il malato è stato isolato e messo fra parentesi dalla psichiatria perché ci si

potesse occupare della definizione astratta di una malattia, della codificazione delle forme, della classificazione dei sintomi, senza temere eventuali possibili smentite da parte di una realtà che, in questo modo, veniva negata... Lo psichiatra dunque si avvale, nella diagnosi, di un potere, di una terminologia tecnica per sancire quello che la società ha già messo in atto nell'escludere da sé colui che non si è integrato nel gioco del sistema. Ma questa sua sanzione non ha il minimo carattere terapeutico, limitandosi essa allo smistamento fra ciò che è normale e ciò che non lo è, dove la norma non è un concetto elastico e discutibile, ma qualcosa di *fisso e di strettamente legato ai valori del medico e della società di cui è il rappresentante*...

Il problema attuale dello psichiatra è dunque solamente un problema di scelta, nel senso che egli si trova ancora una volta nella possibilità di usare gli strumenti, in sua mano, per difendersi dal malato e dalla problematicità della sua presenza. La tentazione di sedare velocemente l'ansia che questo rapporto reale con il malato gli provoca è costante, e purtuttavia è essa stessa il segno della reciprocità della sua relazione...

Questo è dunque l'attuale pericolo: la psichiatria è entrata in una crisi reale. Oltre la spaccatura attuata da questa crisi sarebbe ora possibile incominciare a intravedere il malato mentale, spoglio delle etichette che

lo hanno finora sommerso o classificato in un ruolo definitivo. Ma il riformismo psichiatrico è già pronto a partire all’attacco con una nuova soluzione, che non può che essere una nuova etichetta che viene a sovrapporsi alle vecchie strutture psicologiche. Il linguaggio viene facilmente imparato e *consumato*, senza che la parola corrisponda necessariamente all’azione compiuta o da compiere (*maggio 1967*).

... Crisi psichiatrica, dunque, o crisi istituzionale? L’una e l’altra sembrano tanto strettamente legate da non lasciare intravedere quale sia conseguenza dell’altra. L’una e l’altra presentano infatti un unico denominatore comune: il tipo di rapporto oggettuale impostato con il malato. La scienza, nel considerarlo un oggetto di studio smembrabile secondo un numero infinito di classificazioni o di modalità; l’istituzione, nel considerarlo (in nome dell’efficienza dell’organizzazione, o in nome dell’etichettatura confermatagli dalla scienza) un oggetto della struttura ospedaliera in cui è costretto a identificarsi... Non sarebbe — a questo punto - necessario distruggere quello che è stato fatto, nel timore di restare invischiati in qualcosa che conservi il germe (il virus psicopatologico) di questa scienza, il cui risultato paradossale è stato l’invenzione del malato a somiglianza dei parametri in cui lo ha definito? La realtà non può essere definita a priori: nel momento stesso in cui la si

definisce, scompare per diventare un concetto astratto.

Il pericolo, nel momento attuale, è che si voglia risolvere il problema del malato mentale attraverso un perfezionamento tecnico...

In questo caso lo psichiatra non farebbe che perpetuare, in organizzazioni attrezzatissime e modernamente edificate o in concettualizzazioni perfettamente logiche, un rapporto che definirei *metallico*, da strumento a strumento, dove la reciprocità continuerebbe a venire sistematicamente negata.

Quello che traspare dall'analisi della crisi è l'assoluta incomprensibilità da parte della psichiatria della natura della malattia che - tuttora sconosciuta nella sua eziologia - richiede intuitivamente un tipo di rapporto esattamente opposto a quello finora adottato. Ciò che caratterizza attualmente un tale rapporto a tutti i livelli (psichiatra, famiglia, istituzioni, società) è la *violenza* (la violenza sulla quale una società repressiva e competitiva si fonda) con cui il disturbato mentale viene attaccato e velocemente scrollato di dosso... Che cos'è se non esclusione e violenza quello che spinge i membri cosiddetti sani di una famiglia a convogliare sul più debole la aggressività accumulata dalle frustrazioni di tutti? Che cos'è se non *violenza*, la forza che spinge una società ad allontanare ed escludere gli elementi che non stanno al suo gioco? Che cos'è se non esclusione e

violenza la base su cui poggiano le istituzioni, le cui regole sono stabilite al preciso scopo di distruggere ciò che resta di personale nel singolo, a salvaguardia del buon andamento e della organizzazione generale?...

Analizziamo pure *il mondo del terrore*, il *mondo della violenza*, il mondo dell'esclusione, se non riconosciamo che quel mondo siamo noi - poiché siamo le istituzioni, le regole, i principi, le norme, gli ordinamenti e le organizzazioni - se non riconosciamo che noi facciamo parte del *mondo della minaccia e della prevaricazione* da cui il malato si sente sopraffatto, non potremo capire che la crisi del malato è la nostra crisi... Il malato soffre soprattutto per essere costretto a scegliere di vivere in modo aproblematico e adialettico, poiché le contraddizioni e le violenze della nostra realtà possono essere spesso insostenibili. La psichiatria non ha che accentuato la scelta aproblematica del malato, additandogli Punico spazio che gli era consentito: lo spazio ad una sola dimensione creato per lui (*giugno 1967*).

Ma non è la comunità terapeutica, come organizzazione data e fissata entro nuovi schemi, diversi da quelli della psichiatria asilare, che garantisce la terapeuticità della nostra azione. È il tipo di rapporto che viene ad instaurarsi all'interno di questa comunità che la renderà terapeutica, nella misura in cui riuscirà a mettere a fuoco

le dinamiche di violenza e di esclusione presenti nell'istituto, cosi come nella intera società; creando i presupposti per una graduale presa di coscienza di questa violenza e di questa esclusione, in modo che il malato, l'infermiere e il medico - quali elementi costitutivi della comunità ospedaliera e insieme della società globale — abbiano la possibilità di fronteggiarle, dialettizzarle e combatterle, riconoscendole strettamente legate ad una struttura sociale particolare e non come un dato di fatto ineliminabile. All'interno dell'istituzione psichiatrica ogni indagine scientifica sulla malattia mentale in sé, è possibile solo dopo avere eliminato tutte le sovrastrutture che ci rimandano dalla violenza dell'istituto, alla violenza della famiglia e alla violenza della società e di tutte le sue istituzioni (*ottobre 1967*).

La ricostruzione fatta sulla documentazione del processo di rovesciamento tuttora in atto nella nostra istituzione, non vuole essere la descrizione di una *tecnica* e di un *sistema* di lavoro più efficiente o più *positivo* di un altro. La realtà di oggi non è quella di domani e, nel momento in cui la si fissa, è già snaturata o superata. Si tratta soltanto dell'elaborazione concettuale di un'azione pratica che è andata maturando mano a mano che il sistema di vita concentrazionale cedeva il passo ad un modo più umano di rapporto fra i componenti l'istituzione. I problemi e i

modi di affrontarli sono andati modificandosi gradualmente, con il graduale chiarirsi del campo specifico in cui si agiva, e con il suo graduale dilatarsi in un terreno più vasto. Questo è ciò che ci interessa nella nostra azione quotidiana.

Tuttavia, secondo la normale prassi — nella misura in cui l'istituzione nella quale si agisce è un'istituzione terapeutica - ci viene abitualmente chiesto se la nuova conduzione comunitaria sia la soluzione delle istituzioni psichiatriche; che cosa dicano i dati statistici circa i risultati; se, insomma, *i malati guariscano di più*. È difficile rispondere in termini quantitativi e, benché anche in questo senso si possano riferire dati classicamente *positivi* non ci sembra questo il modo di impostare la questione.

Uno sguardo generale agli ospedali psichiatrici ci può dire che, grosso modo, la terapia farmacologica ha dato ovunque risultati sorprendenti e sconcertanti insieme. I farmaci hanno un'indubbia azione di cui si sono visti i risultati nei nostri asili e nella riduzione del numero dei malati « associati » all'ospedale. Ma - a posteriori - si può incominciare a vedere come questa loro azione si muova, sia a livello del malato che a quello del medico, poiché agiscono contemporaneamente *sull'ansia malata*, come sull'ansia di chi la cura, evidenziando un quadro paradossale della situazione: il medico seda, attraverso i

farmaci che le somministra, la sua ansia di fronte ad un malato con cui non sa rapportarsi, né trovare un linguaggio comune. Compensa, dunque, in una nuova forma di violenza, la sua incapacità a maneggiale una situazione che giudica ancora come *incomprensibile*, continuando ad applicare l'ideologia medica *dell'oggettivazione*, attraverso un perfezionismo della stessa. Attraverso l'azione «sedativa» dei farmaci il malato resta tuttora fissato nel ruolo passivo di malato. La positività della situazione che viene a crearsi, è data soltanto da un'apertura al rapporto che ora si rivela possibile, anche se questa possibilità è subordinata al giudizio soggettivo del medico che può sentirne o non sentirne la necessità. D'altra parte i farmaci agiscono sul malato attenuando la percezione della distanza reale che lo separa dall'altro; il che gli fa presumere una possibilità di rapporto, altrimenti negatagli.

In definitiva, ciò che risulta mutato attraverso l'azione dei farmaci non è la *malattia*, quanto l'atteggiamento apparente (apparente nella misura in cui si tratta sempre di una forma di difesa e quindi di violenza) del medico nei suoi confronti. Il che del resto conferma ciò che si è prima puntualizzato sul fatto che l*a malattia* non sia la condizione obiettiva del malato, ma che ciò che le fa assumere la *faccia che ha*, risiede nel rapporto con il medico che la codifica e con la società che la nega.

Che nel 1839 - prima dell'era farmacologica - Conolly sia riuscito a creare una comunità psichiatrica completamente libera e aperta, testimonia quanto si va qui affermando. L'azione dei farmaci ha reso evidente ciò che noi medici non avevamo intuito, più preoccupati della malattia come concetto astratto, che del malato reale. A ben esaminarla, essa suona come una sfida al medico e al suo scetticismo, oltre la quale c'è la possibilità di iniziare un discorso successivo che può comprendere e non comprendere l'azione dei farmaci.

Consapevoli di questo, nel momento in cui la nostra azione pratica viene guardata e giudicata dal pubblico che in essa è direttamente coinvolto, ci si trova di fronte ad una scelta fondamentale: o enfatizziamo il nostro metodo di lavoro che - attraverso una prima fase distruttiva - è riuscito a costruire una nuova *realtà istituzionale* e ne proponiamo il modello come un modo di risolvere il problema delle istituzioni psichiatriche; o proponiamo *la negazione come unica modalità attualmente possibile all'interno di un sistema politico-economico che assorbe in sé ogni affermazione, come nuovo strumento del proprio consolidamento.*

Nel primo caso è evidente che la conclusione sarebbe soltanto un'altra faccia della stessa realtà che abbiamo distrutto: la comunità terapeutica come nuovo modello istituzionale risulterebbe un perfezionamento tecnico

all’interno sia del sistema psichiatrico tradizionale, che di quello socio-politico generale[6]. Se la nostra azione di negazione è stata quella di evidenziare il malato mentale come uno degli *esclusi*, uno dei capri espiatori di un sistema contraddittorio, che in essi tenta di negare le proprie contraddizioni - ora il sistema stesso tende a dimostrarsi comprensivo nei confronti di questa esclusione palese: la comunità terapeutica come atto riparatorio, come risoluzione di conflitti sociali attraverso l’adattamento dei suoi membri alla violenza della società, può assolvere il suo compito terapeutico-integrante, facendo il gioco di coloro contro i quali era originariamente nata. Dopo il primo periodo di clandestinità, dove quest’azione poteva sfuggire al controllo e alla codificazione che l’avrebbe cristallizzata in ciò che doveva solo essere un passo del lungo processo di rovesciamento radicale, la comunità terapeutica è stata ora scoperta come si scopre un nuovo prodotto: guarisce di più come OMO lava più bianco. In questo caso, non solo i malati, ma i medici e gli infermieri che hanno contribuito alla realizzazione di questa nuova dimensione istituzionale buona, si troverebbero prigionieri di una prigione senza sbarre, da loro stessi edificata, esclusi dalla realtà su cui presumevano di incidere; in attesa di essere reinseriti e reintegrati nel sistema, che si affretta ad otturare le falle più sfacciatamente evidenti, aprendone

altre più sotterranee. L’unica possibilità che ci resti è di conservare il legame del malato con la sua storia - che è sempre storia di sopraffazioni e di violenze - mantenendo chiaro da dove provenga la sopraffazióne e la violenza.

Per questo rifiutiamo di proporre la comunità terapeutica come un *modello istituzionale* che verrebbe vissuto come la proposta di una nuova tecnica risolutrice di conflitti. Il senso del nostro lavoro non può che continuare a muoversi in una *dimensione negativa* che è, in sé, distruzione e insieme superamento. Distruzione e superamento che vadano oltre il sistema coercitivo-carcerario delle istituzioni psichiatriche, quello ideologico della psichiatria in quanto scienza, per entrare nel terreno della violenza e dell’esclusione del sistema socio-politico, rifiutando di farsi strumentalizzare da ciò che si vuole *negare*.

Siamo perfettamente consci del rischio che stiamo correndo: essere sopraffatti da una struttura sociale basata sulla *norma* da essa stessa stabilita e oltre la quale si entra nelle sanzioni previste dal sistema. O ci lasciamo riassorbire e integrare, e la comunità terapeutica si manterrà nei limiti di una contestazione all’interno del sistema psichiatrico e politico senza intaccarne i valori (il che significa dover ricorrere, per sopravvivere ai propri progetti, ad un’ideologia psichiatrico-comunitaria come soluzione del problema psichiatrico parziale e specifico);

o continuare a minare - ora attraverso la comunità terapeutica, domani attraverso nuove forme di contestazione e di rifiuto - la dinamica del potere come fonte di regressione, malattia, esclusione e istituzionalizzazione a tutti i livelli.

La nostra posizione di psichiatri ci pone nella necessità di una scelta diretta: o si accetta di essere gli *appaltatori del potere e della violenza* (e allora ogni azione di rinnovamento contenuta nei limiti della norma sarà entusiasticamente accettata come la soluzione del problema); o si rifiuta questa ambiguità tentando (nei limiti del possibile, dato che siamo ben consci di far noi stessi parte di questo potere e di questa violenza) di affrontare il problema in modo radicale, esigendo che venga inglobato in un discorso generale che non può accontentarsi di soluzioni parziali, mistificate.

Noi abbiamo operato la nostra scelta che ci obbliga a mantenerci ancorati al malato, come il risultato di una realtà che non si può evitare di chiamare in causa. Per questo ci costringiamo a continue verifiche e superamenti che, troppo superficialmente, vengono interpretati come segni di scetticismo o di incoerenza nei confronti della nostra stessa azione. Solo la verifica delle contraddizioni della nostra realtà può salvarci dal cadere nella *ideologia comunitaria*, per distruggere i risultati schematici e codificati della quale dovremmo aspettare un nuovo

rovesciamento.

Nel frattempo *l'establishment* psichiatrico definisce - seppure non ufficialmente - il nostro lavoro, come privo di serietà e di rispettabilità scientifica. Il giudizio non può che lusingarci, dato che esso ci accomuna *finalmente* alla mancanza di serietà e di rispettabilità, da sempre riconosciuta al malato mentale e a tutti gli *esclusi*.

Una favola orientale[7] racconta di un uomo cui strisciò in bocca, mentre dormiva, un serpente. Il serpente gli scivolò nello stomaco e vi si stabili e di là impose all'uomo la sua volontà, cosi da privarlo della libertà. L'uomo era alla mercè del serpente: non apparteneva più a se stesso. Finché un mattino l'uomo sentì che il serpente se n'era andato e lui era di huovo libero. Ma allora si accorse di non sapere cosa fare della sua libertà: «Nel lungo periodo del dominio assoluto del serpente egli si era talmente abituato a sottomettere la sua propria volontà alla volontà di questo, i suoi propri desideri ai desideri di questo, i suoi propri impulsi agli impulsi di questo che aveva perso la capacità di desiderare, di tendere a qualcosa, di agire autonomamente ». « In luogo della libertà aveva trovato il vuoto», perché «insieme col serpente gli era uscita fuori la sua "essenza" nuova, acquistata nella cattività» e a lui non restava che riconquistare a poco a poco il precedente contenuto umano della sua vita.

L’analogia di questa favola con la condizione istituzionale del malato mentale è sorprendente, dato che sembra la parabola fantastica dell’incorporazione da parte del malato di un nemico che lo distrugge, éon gli stessi atti di prevaricazione e di violenza con cui l’uomo della favola è stato dominato e distrutto dal serpente. Ma rincontro con il malato mentale ci ha anche dimostrato che - in questa società r- siamo tutti schiavi del serpente e che qualora non tentiamo di distruggerlo o di vomitarlo, non ci sarà più un tempo per riconquistare il contenuto umano della nostra vita.

Lucio Schittar

L’ideologia della comunità terapeutica

Un discorso sulla comunità terapeutica[8] implica oggi non solo una prospettiva storiografica o, più semplicemente e con meno impegno, bibliografica, ma anche il tentativo di una analisi critica delle origini e degli sviluppi di questa nuova modalità di approccio psicoterapeutico. Questa analisi appare tanto più necessaria oggi, quando la « terapia comunitaria » tende a venir indicata come la soluzione del problema delle istituzioni psichiatriche, mentre può apparire (qualora non sia vista come una « situazione » passibile di disgregazione e palingenesi, come un punto di passaggio, forse necessario, nel processo di rinnovamento istituzionale) soltanto un nuovo strumento « scientifico » di controllo della devianza.

La comunità terapeutica sembra essere oggi « l'ultimo grido » della psichiatria, la struttura nel cui seno dovrebbero trovar risoluzione le contraddizioni in cui dibatte la psichiatria istituzionale, continuamente incerta tra la propria vocazione terapeutica e la proclamata necessità sociale di esclusione e di controllo degli individui che presentano un comportamento patologico.

Che la comunità terapeutica risolva queste contraddizioni è desiderato o creduto vero da molti, ma uno studio delle sue origini e dei suoi sviluppi, qual è quello che ci proponiamo di condurre, può rendere assai dubbiosi sulla possibilità di tale risoluzione.

La comunità terapeutica è una «invenzione» tipicamente anglosassone, anzi inglese, perché l'Inghilterra è il paese che conta una più lunga tradizione di tentativi di rinnovamento istituzionale psichiatrico[9] sin dai tempi dei Tuke, di Conolly e della «cura morale» dei malati di mente.

Lo stesso Conolly, con la sorprendente capacità di mettere in pratica le sue intuizioni sulla necessità terapeutica della liberalizzazione degli ospedali psichiatrici (si pensi che nel 1839 egli abolì completamente i metodi di contenzione per gli ottocento malati di Hanwell) può essere considerato[10] il primo capo di quel filo che dalla prima metà dell'Ottocento si svolge fino a Maxwell Jones e alle attuali comunità terapeutiche.

Ma altri fattori, oltre a quelli della tradizione riformistica, di origine essenzialmente religiosa (i Tuke erano quaccheri), hanno certamente contribuito al sorgere in Inghilterra dei metodi sociali di cura dei malati di mente. Importante sembra essere stato l'influsso degli eventi bellici (seconda guerra mondiale), con l'enorme numero di casi da curare e la relativa penuria di psichiatri e di infermieri che essi provocarono, e quindi con la necessità, cui si trovarono di fronte le istituzioni psichiatriche, di fare un maggiore lavoro con l'assistenza di un numero minore di persone.

Si può aggiungere (Clark) che la guerra « strappò gli

psichiatri dal chiuso mondo degli ospedali psichiatrici e dalla tranquillità dei loro studi di psicoterapisti e li gettò nel magma dei campi di reclutamento, degli ospedali da campo e delle unità di combattimento: insomma forzatamente li rese consci dell'enorme potere dei fattori sociali nell'influenzare i pensieri e i sentimenti degli individui », confermando nella prassi le teorie della nuova psichiatria sullivaniana.

Le ragioni del sorgere dei metodi socioterapici furono peraltro in larga misura «politiche».

Nel periodo bellico e immediatamente postbellico si era verificata una decisa modificazione degli schemi politico-culturali della società inglese con l'assunzione, da parte della comunità, di responsabilità sociali prima ignorate. La partecipazione al governo del paese da parte dei laburisti portò all'approvazione di importanti provvedimenti di sicurezza sociale, come l'organizzazione del National Health Service, e di leggi come il Disabled Persons Act del 1944, che segnarono una svolta nell'atteggiamento della società verso il malato di mente, per la prima volta inserito in un programma di riabilitazione all'esterno dell'ospedale e quindi fuori da una situazione di esclusione sociale.

Politiche in senso più ampio erano anche le ragioni che spingevano, ad es., Maxwell Jones a tentare di smascherare, anche nelle manifestazioni esteriori (il

camice bianco, l'« aggressivo » martelletto, ecc.), il potere reale e fan- tasmatico che lo psichiatra esercita sul paziente affidato alle sue cure.

Nella prassi ospedaliera questi tentativi di contestazione dell'autorità e del potere medico, come mandato sociale e come residuo di elementi antropologici magico-stregoneschi, trovarono la forma della discussione di gruppo dei problemi che sorgevano dalla vita comunitaria, discussioni a cui pazienti, medici, infermieri, assistenti sociali avrebbero dovuto partecipare allo stesso titolo, con gli stessi diritti, con uguale capacità di decisione.

Questi furono, in breve, i presupposti «teorici»; di fatto la nozione di comunità terapeutica sorse nel 1946 quando T. F. Main[11] in un numero speciale del « Bulletin of the Menninger Clinic » dedicato a una rassegna dei progressi della psichiatria britannica postbellica, parlando del lavoro degli psichiatri inglesi del « gruppo di Northfield » (Bion e Rickman, e più tardi Foulkes), descrisse l'ospedale di Northfield sotto il titolo: *Una comunità terapeutica.*

Bion e Rickman avevano organizzato nel 1943 il loro gruppo di malati del Northfield Hospital, che erano soldati affetti da nevrosi, in modo comunitario, con gruppi di discussione e partecipazione dei pazienti al governo del reparto.

Lo stesso aveva fatto Maxwell Jones alla divisione per

la sindrome da sforzo a Mill Hill nel 1941-44, poi all'ospedale per ex prigionieri di guerra a Dartford nel 1945, poi nel 1947 alla divisione di riabilitazione industriale (in seguito sociale) di Belmont, che divenne, col nome di Henderson, l'ospedale per psicopatici in cui Maxwell Jones lavorò fino al 1959 (egli è ora direttore del Dingleton Hospital a Melrose, in Scozia).

Maxwell Jones stesso divenne in breve tempo il più rappresentativo fra gli psichiatri che si interessavano di comunità terapeutica, e la sua modalità di approccio al problema istituzionale venne ben presto recepita e imitata da molti psichiatri occidentali.

D'altro lato Stanton e Schwartz, Goffman, Barton, i Cumming, Caudill, Belknap e tutti gli altri studiosi di microsociologia dell'Ospedale Psichiatrico, mostrando nelle loro inchieste gli effetti delle strutture organizzative formali e informali dell'istituzione sulla vita e sul decorso morboso stesso dei pazienti[12] contribuirono in modo decisivo a far impostare una riforma istituzionale psichiatrica, la quale spesso si attuò nel senso di una « terapia comunitaria ».

Nel 1953, a conclusione di uno studio sulle organizzazioni psichiatriche degli Stati aderenti all'organizzazione mondiale della sanità, il Comitato di esperti affermò[13] che l'Ospedale Psichiatrico doveva essere *nella sua totalità* una comunità terapeutica. Essa

doveva avere alla base principi quali la conservazione della individualità del paziente, la convinzione che i pazienti sono degni di fiducia e hanno la capacità di assumere responsabilità e iniziativa, l'impegno regolare dei pazienti in qualche tipo di occupazione, ecc.

Questi « principi fondamentali », una volta attuati nella pratica sarebbero venuti a strutturare l'Ospedale Psichiatrico in modo certamente nuovo, ma non avrebbero portato di necessità alla formazione di una comunità terapeutica come viene dai più intesa oggi e come è stata sviluppata dagli autori inglesi, da Maxwell Jones in particolare.

Quest'ultimo tipo di comunità terapeutica (la comunità terapeutica « vera e propria ») è basata sul alcuni principi che sono stati definiti rivoluzionari e che sono in fondo eversivi del tipo di rapporto tradizionale medico-paziente. Per quanto non possa essere ridotta in schemi rigidi, essa trova la sua prima essenza nel dichiarato sfruttamento, ai fini terapeutici, di *tutte* le risorse dell'istituzione, concepita quest'ultima come un insieme organico non gerarchizzato di medici, pazienti e personale ausiliario.

Martin afferma: « Una comunità terapeutica è quella in cui viene compiuto deliberatamente lo sforzo di usare, nella maggior estensione possibile, in un piano terapeutico vasto, dei contributi di tutti, personale e pazienti ».

Ferme restando queste caratteristiche generali di multipolarità dell'approccio terapeutico nell'istituzione, con il sottinteso rifiuto del rapporto esclusivamente duale medico-paziente, è da dire che non esiste un modello di comunità terapeutica, ne esistono piuttosto più modalità di attuazione, che per la loro natura stessa di strutture in continuo divenire sono di difficile formulazione schematica.

Secondo Clark potrebbero tuttavia venir estrapolate nelle varie ideologie alcune caratteristiche comuni:

i) *Libertà di comunicazione*: vien compiuto ogni sforzo affinché la comunicazione sia possibile a tutti i livelli e in tutti i sensi, non solo nel senso discendente la piramide gerarchica come avviene nelle istituzioni tradizionali.

2) *Analisi di tutto ciò che accade nella comunità in termini di dinamica individuale e, specialmente, interpersonale.* Ciò ha luogo più propriamente nelle riunioni di gruppo e con tanta maggiore intensità e frequenza quanto più gli psichiatri sono orientati in senso psicodinamico. Al limite le riunioni comunitarie di reparto possono lentamente trasformarsi in sedute di psicoterapia di gruppo (Mack).

3) *Tendenza alla distruzione del tradizionale rapporto di autorità* con appiattimento della piramide gerarchica, al più basso gradino della quale sta

tradizionalmente il paziente, sul quale si scaricano le tensioni di tutto l'ospedale. Questo movimento orizzontale, con la necessaria suddivisione del potere decisionale che esso comporta, costituirebbe senz'altro l'innovazione più significativa della comunità terapeutica.

4) Possibilità di godere di occasioni di riapprendimento sociale[14] sia spontanee che strutturate nell'istituzione (balli, proiezioni cinematografiche, rappresentazioni teatrali, feste; uscite individuali o in gruppo, ecc.).
5) Presenza di una riunione (di solito giornaliera) di tutta la comunità (community meeting)e. di frequenti regolari riunioni più ristrette, a tutti i livelli, le quali sono il luogo naturale nel quale tutti i processi menzionati prima si svolgono.

Nello studio delle caratteristiche strutturali dell'ideologia e della prassi comunitaria possono essere individuate altre costanti. Il sociologo Rapoport, indagando in *Community as Doctor* le basi ideologiche della comunità terapeutica dell'Henderson Hospital, vi rilevò quattro temi fondamentali:

Democratizzazione: veniva presa in considerazione l'opinione di tutti allo stesso modo.

Permissività: i membri della comunità mostravano un alto

grado di tolleranza per gli acting-out dei pazienti più disturbati.

Comunitarietà di intenti e di scopi.

Confronto con la realtà, al quale tutti i membri della comunità terapeutica venivano continuamente riportati.

Rapoport fece notare che questi temi dell'ideologia comunitaria si mescolavano in modo dialettico alla prassi ospedaliera, che talvolta richiedeva, *in risposta alla minaccia di una possibile disorganizzazione* della comunità, una sospensione dell'atmosfera di permissività e il riela comunità esterna. L'uso di un termine come acculturazione (che storicamente si è realizzato come accettazione della cultura del «signore» da parte del «servo», e può essere quindi considerato equivalente a «colonizzazione») con l'insistere sulla differenza tra una cultura «sana» e una cultura «malata», sembra riproporre in chiave sociopsichiatrica il ricupero di un fondamentale manicheismo borghese che trova proprio nella alienità che separa il malato dal sano la giustificazione della relegazione dei « folli » fuori dal commercio sociale.

È invece l'esclusione dal commercio sociale ad essere causa, e non effetto, di deculturazione: la cultura subumana dei « lungo-degenti » relegati da anni in manicomio ne è lo sbocco naturale, ma dopo gli studi sull'istituzionalizzazione abbiamo imparato che ciò ha ben

poco rapporto con la malattia mentale.

Cosi ad es. il democratismo ideologico subiva anch'esso nella attuazione pratica un «processo oscillatorio» per cui dalla fase iniziale (fase A) di « partecipazione di tutti », per l'ansia montante dello staff, si concludeva (fase D) con l'imposizione della leadership del personale curante.[15]

Oltre all'Henderson studiato da Rapoport altre importanti comunità terapeutiche inglesi, sorte tutte o quasi in ospedali psichiatrici, sono quelle del Claybury Hospital di D. Martin (che in Adventure in Psychiatry ne ha dato una lucida descrizione), il Fulbourn Hospital di D. H. Clark, il Dingleton Hospital di Maxwell Jones, ecc.[16]

Nell'America del Nord sono sorte numerose comunità terapeutiche, alcune in cliniche private, altre come parte di strutture psichiatriche universitarie, altre ancora in reparti psichiatrici di ospedali generali e infine come strutture intermedie della Community Psychiatry (ospedali di giorno, ospedali di notte, hostels per i pazienti dimessi da poco, ecc.)[17].

I problemi che continuamente sorgevano dall'applicazione del metodo comunitario al campo psichiatrico sono stati oggetto di numerosi scritti.

È stato dibattuto ad esempio l'argomento dell'efficacia

della situazione comunitaria come strumento terapeutico: «Guarisce» veramente la comunità terapeutica (Letemendia)? Vuole poi essa veramente guarire gli individui nel senso tradizionale del termine (Rapoport)? La situazione comunitaria è veramente più adatta ai « nevrotici », agli « psicopatici », agli « schizofrenici », che ai « depressi » e ai « maniacali » (Kole e Daniels), o non è piuttosto necessaria a tutti (Jones): pazienti, medici, infermieri che siano?

Si è parlato della possibilità di diminuire o abolire gli strumenti terapeutici tradizionali: insulinoterapia - ESterapia - la stessa terapia farmacologica (Klerman, Ruben- stein e Lasswell, Sanders, Wilmer). Si sono messe in evidenza le tensioni fra i membri del team terapeutico (Band e Brody, jones, Zeitlyn).

Raramente si è cercato di scoprire al di là dell'ideologia, quale fosse la reale capacità decisionale e la reale partecipazione al potere da parte dei pazienti.

Chi l'ha fatto (Rubenstein e Lasswell) ha concluso che « *il paziente continua [nella comunità terapeutica] ad essere privato di certe libertà, e i membri dello staff dell'ospedale rimangono gli esperti agenti demandati dalla società ad esercitare uno straordinario potere sui pazienti loro affidati. Il direttore continua ad essere autorizzato a privare i pazienti di diritti e privilegi di solito considerati loro prerogativa di cittadini della*

democrazia ».

Non solo, ma si possono riprodurre nella comunità terapeutica gli schemi di esclusione sociale che sono stati considerati caratteristici del manicomio, sia con la presenza (Wilmer, Cone e molti altri) di reparti programmaticamente chiusi (che privando il paziente della libertà di movimento gli sottraggono la possibilità di compiere delle scelte primarie) sia (come nota Zeitlyn) con una selezione dei pazienti più «adatti» e il rimando ad altri ospedali chiusi degli individui più disturbati, considerati non integrabili all'ambiente permissivo della comunità terapeutica.

La risposta degli altri psichiatri inglesi e nordamericani al problema dell'autorità e del potere reale nella comunità terapeutica è stata spesso perentoria, con l'affermazione dalla necessità di un potere, non solo fantasmatico ma anche reale, del medico[18] Altre volte la soluzione al problema si è trovata usando i moduli della falsa coscienza, sia col portare a giustificazione della soggezione del malato il suo stato di malattia, sia coll'affermare che la partecipazione del malato al potere comunitario era reale, anche se si attuava secondo le tecniche del consenso e se la sua « partecipazione » aveva luogo in reparti chiusi.

Ad illustrare l'atteggiamento che alcuni psichiatri hanno assunto a questo riguardo sarà utile qualche citazione:

Per Denber e Rajotte: « ...bisogna ridurre le distanze gerarchiche pur mantenendole: la fragilità del mondo interiore dello schizofrenico deve potersi appoggiare ad una struttura a lui esterna ».

Secondò Patton « il medico è il leader [della comunità terapeutica] »; per Sarwer-Foner «l'autorità medica deve essere sovrana (paramount) nel reparto ».

Per Stubblebine «un altro principio [della comunità terapeutica] è che i rapporti di autorità devono essere apertamente riconosciuti ed accettati. La comunità terapeutica è essenzialmente un'espressione della fiducia nella capacità delle persone di esaminare la loro immediata situazione sociale con tutti i suoi complessi di autorità. Perché il gruppo possa discutere apertamente i problemi di autorità e trar profitto da questa discussione è fondamentale per il *medico* essere tranquillo nell'esercizio della sua autorità. *Egli deve essere il più possibile libero dal sentirsi minacciato quando le sue affermazioni o contributi sono esaminati, criticati o distorti, egli deve essere tanto al sicuro da non dover quasi difendersi, agendo cosi come un modello di obiettività » ecc.*

Cerchiamo di renderci conto a questo punto delle ragioni per cui la comunità terapeutica non sembra aver mantenuto nel suo processo di sviluppo le promesse di una sostanziale modifica della situazione istituzionale.

Con i presupposti culturali sui quali in fpndo era sorta e si era sviluppata (la psicologia sociale, prevalentemente nella lezione lewiniana) essa non poteva mantenerle, ed ha quindi spesso finito per rivelarsi come solo un nuovo strumento « terapeutico » nelle mani dei medici, alla pari dei farmaci, dell'ES e dell'ergoterapia di Simon. Essa si è fatta strumento allorquando vi è stata contrabbandata come rivoluzionaria la tecnica sociopsicologica del « problem solving », fondamentale nel lavoro di gruppo in tutti i campi in cui questo viene utilizzato: l'industria, la burocrazia o la psicoterapia .[19]

Si tratta delle tecniche di gruppo della psicologia sociale, che così fortemente sono state influenzate, specialmente in Nord America, dalla teoria di Kurt Lewin del « campo sociale ». La modalità lewiniana di risolvere i conflitti sociali [20] è stata applicata nella comunità terapeutica come era stata applicata per una maggiore efficienza della burocrazia e dell'industria.[21] Per essa i conflitti possono essere tutti composti, per mezzo della «partecipazione» di tutti, con la discussione; le punte del contrasto possono essere smussate, per mezzo della « manipolazione » di gruppo, con un atteggiamento tollerante e comprensivo; l'esito a cui la discussione di gruppo tende è l'integrazione nel gruppo stesso di tutti i partecipanti, sotto la guida di un leader saggio e illuminato, nello sforzo di raggiungere il fine «buono»

comune: sia questo l'ordinato svolgersi del meccanismo burocratico, che una produzione regolare, che la guarigione-riabilitazione-integrazione del malato di mente.

È quindi evidente quanta importanza assuma, sotto questa ottica *l'efficienza* organizzativa, che sola potrà far raggiungere il fine «buono».

Se il fine « buono » è la cura dei malati di mente allora l'organizzazione per essere efficiente dovrà avere alla guida lo psichiatra, che nella nuova organizzazione, la comunità terapeutica, si chiamerà *psichiatra « amministrativo* » (Clark) o, come meglio e con più coerenza propongono Levinson e Klerman, clinician-executive, clinico e dirigente allo stesso tempo, realizzando così da una parte l'ideale panorganizzativo della società neocapitalistica, dall'altra l'aspirazione psicopatica spesso presente tra gli stessi psichiatri.

Evidentemente l'esercizio dell'attività e del potere da parte dello psichiatra a questo punto non viene più contestato, non costituisce già più un problema: « Il clinico deve avere a che fare col comportamento dei suoi pazienti come con le loro private fantasie e sentimenti. Egli deve essere capace di stabilire e mantenere dei limiti e di intraprendere un'azione decisa nei punti cruciali della sua direzione clinica. La battuta sul terapista che dà una interpretazione mentre il paziente si butta dalla finestra è

la caricatura della passività e permissività terapeutiche, ma non è ciò che farebbe un buon terapista. Fermezza e iniziativa sono virtù meno enfatizzate, ma nondimeno essenziali del clinico. D'altro canto la parte clinica mantiene la sua importanza per lo psichiatra-executive. Un giusto interessamento per i sentimenti e i bisogni personali dei membri dell'organizzazione, sarà di aiuto, e non di ostacolo ai suoi sforzi di costruire l'organizzazione. La sua capacità professionale di ascoltare lo favorirà nei suoi sforzi di aumentare la comunicazione e di negoziare i disaccordi» ecc.

Il ciclo sembra chiuso; quella che è sorta come una esigenza di rinnovamento fondamentale delle istituzioni psichiatriche si è rivelata per lo più nell'attuazione pratica e nella speculazione teorica, soltanto un nuovo tipo di istituzione, più moderna, più efficiente, ma nella quale i rapporti di potere sembrano rimanere gli stessi.

La « terza rivoluzione psichiatrica » non sembrerebbe altro che un tardivo adeguamento delle modalità di controllo sociale del comportamento patologico alle metodiche della produzione, perfezionate negli ultimi quarantanni dall'intervento dei sociologi e dei tecnici della comunicazione di massa. Sembra che i sociologi e gli psicologi dell'organizzazione abbiano trovato modo di applicare al campo istituzionale psichiatrico, col pretesto di sanare le strutture fondamentalmente disumanizzanti del

manicomio, le tecniche (prima di tutto tecniche di gruppo) che cosi efficaci si sono dimostrate nella gestione economica neocapitalistica, lasciando peraltro intatti gli oppressivi schemi di potere della società.

Questa conclusione apparirebbe una conferma delle parole di Marcuse« *Nella misura in cui la sociologia e psicologia operative hanno contribuito ad alleviare condizioni subumane} esse fanno parte del progresso intellettuale e materiale. Ma esse testimoniano pure della razionalità ambivalente del progresso, che soddisfa nel mentre esercita il suo potere repressivo, e reprime nel mentre soddisfa* ».

Il bilancio della comunità terapeutica non può essere tuttavia un bilancio fallimentare. Il problema della trasformazione delle istituzioni psichiatriche ha trovato nella comunità terapeutica un tipo di soluzione che può portare a sviluppi successivi e certamente non può negarsi che in essa si sono poste per la prima volta come problemi tutte le contraddizioni fondamentali della realtà istituzionale.

Il suo merito è quello di continuare giorno per giorno ad evidenziare queste contraddizioni, sottraendole alla schematizzazione manichea e aproblematica dell'ospedale psichiatrico tradizionale. Anche se, come si è visto, esiste nei suoi presupposti un rischio grave di involuzione, è[22] merito della situazione comunitaria quello di permettere

di correre questo rischio quotidianamente, e di suscitarvi contro la quotidiana contestazione del malato, la quale non prende certo una forma «democratica», nelle varie assemblee e riunioni, ma si attua, ad es., come controllo (che il libero movimento dei pazienti permette) sull'uso che il medico fa del suo potere.

Le contraddizioni permangono, l'importante è prenderne coscienza: il dibattito che segue, stimolato dalle considerazioni emerse in questo studio, può dare un'idea di come questa presa di coscienza ha luogo.

Riunione di équipe del 27 novembre 1967.

JERVIS Penso che bisogna essere coscienti del fatto che esiste un pericolo nel fare come fa Schittar la critica alla mistificazione della comunità terapeutica: il pericolo cioè di concludere che siccome è tutta una mistificazione, tanto vale tornare indietro.

SLAVICH È in fondo il discorso che molti fanno anche in Italia: si, tanto si parla di potere del malato, però alla fine nell'istituzione il potere del medico risalta fuori continuamente e non ci si può far nulla. Tutto è insomma rimandato ad un lontano futuro, quando e se verrà attuata l'assistenza extraospedaliera.

JERVIS È anche interessante l'interpretazione data da qualcuno a certe mie prese di posizione. Avendo anch'io criticato in più di una occasione l'aspetto mistificato della comunità terapeutica, mi è stato

detto: allora voi, che fate questo discorso come discorso politicizzato, rimandate tutto alla rivoluzione: siccome la società esterna vi impone questo mandato e si infiltra attraverso la vostra azione riformatrice al punto da mistificarla continuamente, voi cercate si di correggervi, ma in fin dei conti rimandate tutto ad un futuro in cui una nuova società potrà sopportare anche questo. Questo mi sembra un problema da affrontare a fondo; noi dovremmo avere il coraggio di fare una autocritica abbastanza severa, cioè non soltanto una critica alla comunità terapeutica anglosassone, ma anche una critica del nostro lavoro; però dovremmo farla in modo da indicare una possibilità di superamento, senza proporre argomenti psichiatrico-regressivi.

SCHITTAR Per quanto riguarda l’autocritica che dovremmo fare direi che è però ben diverso il rifiutare programmaticamente la discussione sul potere medico (come abbiamo visto fare da molti psichiatri anglosassoni), dal discutere il potere che ci viene demandato e rendere noi e gli altri continuamente partecipi, nella prassi, delle contraddizioni di questo potere, anche se si può dire che esso rimane ancora in mano ai medici.

SLAVICH Allora è comprensibile che qualcuno, cosciente di questi punti deboli delle nostre critiche ai pericoli

della comunità terapeutica, ad un certo punto prenda in mano la situazione e dica: Bisogna guidare, bisogna avere il coraggio di dire che la comunità va guidata. Se tutti dicono, anche quelli pseudoavanzati, che alla fine c'è sotto il potere del medico, tanto vale dire chiaramente che la comunità terapeutica va guidata.

JERVIS Finisce per essere un appello al « reality confrontation»: visto che la comunità terapeutica deve continuamente confrontarsi con la realtà, se la realtà è una realtà oppressiva, non soltanto al di fuori dell'ospedale, ma anche, malgrado tutto, all'interno della comunità terapeutica, bisogna che questa oppressione venga riconosciuta come esistente e quindi venga in qualche modo istituzionalizzata.

PIRELLA Che cosa si oppone allora nella nostra situazione affinché queste condotte oppressive vengano smascherate? -Vorrei fare una domanda provocatoria, cioè vorrei sapere che cosa si oppone nella nostra situazione a che queste condotte oppressive vengano smascherate e denunciate. Ad un certo punto la trasformazione di una situazione tradizionale in un'altra situazione guidata e paternalistica, secondo alcuni, sia da destra che da sinistra, sia da destra che da coloro che stanno ben attenti a non mistificare il proprio lavoro, viene considerata la traduzione di un potere da oppressivo e

manifesto a più blando e morbido e in qualche niodo smascherato. Quindi il potere nella situazione tradizionale è manifesto e oppressivo e il potere e l'autorità nella situazione invece di comunità terapeutica sarebbero più mascherati e ovattati, più morbidi. Secondo me la domanda provocatoria può essere questa: mentre sappiamo che cosa impedisce nella vecchia situazione la denuncia di questo potere oppressivo (ed è la struttura dell'oppressione stessa), nella nuova situazione che cosa impedisce da parte di ciascuno di coloro che operano nel campo (degente, infermiere, medico, assistente sociale, ecc.) che cosa impedisce a queste persone di denunciare apertamente in tutte le istanze e in tutti i luoghi questo potere mascherato, sempre oppressivo, ma nascosto e ovattato? Cioè, se è vero che l'accusa che facciamo a Maxwell Jones è quella di trasformare l'Ospedale Psichiatrico in una situazione in cui le tecniche della psicologia sociale vengono applicate come tecniche del consenso, se è vero questo, nella nostra situazione, o nella situazione di Maxwell Jones che cosa impedisce a ciascuno di denunciare, di smascherare, di demistificare questo potere? C'è qualcosa che lo impedisce? È talmente perfetto il sistema per cui il consenso viene in ogni modo raggiunto, senza nessuna smagliatura, nessuna contraddizione?

SLAVICH Sembrerebbe che fosse veramente perfetto. In fondo le comunità ideali sono fatte di molte Giovanne, intendendo per « Giovanna » ad esempio una posizione integrata di consenso alla leadership fantasmatica della comunità (sia Maxwell Jones o altri) per cui i bisogni della comunità terapeutica si soddisfano senza scosse. Ho l'impressione che in questo senso la comunità terapeutica funzioni molto bene. Una volta impostato il principio della riforma dell'autoritarismo, ho l'impressione che ne esca un sistema già completo e senza smagliature, che non consente una denunzia dell'« autorità latente », che sta sotto.

JERVIS Credo che questo tuo pessimismo possa essere discusso, io non so se lo accetterei in blocco. Mi sembra che anche la comunità terapeutica revisionista-integrante del tipo psicosociologico ben articolato, con questa ingegneria del consenso cosi perfettamente funzionante, crei in fin dei conti delle contraddizioni. Ed ho un po' l'impressione che esistano comunque dei residui di insoddisfazione, di non integrazione, di ribellione; o residui anche di autoritarismo aperto. Ho un po' l'impressione che l'esistenza di una comunità terapeutica integrata, paternalistica, in cui tutto avviene con ben ordinato consenso, non sia possibile; essa cioè lascia sempre delle zone non recuperate dal

sistema. Tutto sommato la comunità terapeutica come noi la vediamo, di tipo neocapitalistico, per funzionare deve sempre opprimere qualche cosa, deve sempre in qualche modo schiacciare un margine di non integrazione.

SLAVICH Sono perfettamente d'accordo. Avevo dimenticato di citare la necessità di una piccola, parziale, « illuminata » chiusura all'interno del campo della comunità terapeutica. Certamente, ad esempio, la comunità terapeutica integrata non può fare a meno di misure che in situazioni di crisi ne salvaguardino l'integrazione, per esempio non può fare a meno di un reparto chiuso. Qui la comunità terapeutica integrata dimostra di essere un sistema ibrido che mantiene ancora in se stesso, per poter esistere, dei residui di autoritarismo esplicito oltre che latente. Le comunità terapeutiche integrate devono prevedere una qualche possibilità repressiva. Se si sono tagliati i ponti con la possibilità materiale di escludere, solo allora probabilmente il discorso diventa dialettico.

PIRELLA Alla mia domanda di prima: « che cosa impedisce di denunciare chiaramente il potere ancora presente e oppressivo? » si può dare allora questa risposta: la possibilità appunto che scatti un meccanismo di repressione in ogni istante comandato dall'alto; possibilità reale, non ipotetica. È possibile

cioè, per esempio che da Maxwell Jones coloro che fanno dei gravi atti di rottura vadano in un ospedale chiuso ad Edimburgo, oppure vi è la presenza di un reparto chiuso in un ospedale aperto, oppure ancora, esiste possibilità che ad un certo punto scatti l'« autorità latente » ad impedire di fatto una manifestazione, un comportamento deviante. A questo punto per approfondire la nostra indagine io ritornerei al quesito che in fondo pone Schittar: noi siafno una comunità terapeutica in questo senso?

SLAVICH Si può fare anche il discorso inverso: che cosa preserva una comunità dall'integrazione? Credo in fondo che sia la minaccia derivante dalla irreversibilità della situazione che si è creata. Per esempio la inesistenza di un reparto chiuso certamente preserva in caldo la situazione ed evita che si cristallizzi in un modello «perfetto». La pressione della contestazione di massa del paziente permessa dal suo libero movimento (che sarà stato donato a suo tempo ma che adesso è saldamente in pugno a lui) è la vera garanzia, come potere di controllo del paziente nei nostri confronti e nei confronti della situazione istituzionale. Il paziente controlla il medico ed evita che in qualche modo egli possa compiere il cammino inverso sulla via della formazione della comunità, e riassumere atteggiamenti autoritari o costruire

situazioni artificiosamente comunitarie.

PIRELLA Esiste questo controllo del paziente?

SLAVICH Io ne sono convinto. Sono convinto che non si esprime così verbalmente e « politicamente » nelle assemblee, né con dei voti di maggioranza, ma si esprime come potere di pressione e controllo nella « fluidità » della situazione.

JERVIS Ho l'impressione che in teoria si potrebbe anche prevedere una comunità terapeutica in cui tutto il potere venga controllato o anche addirittura esercitato dal basso, che cioè funzioni ad esempio attraverso comitati in cui tutto venga « democraticizzato »,«però non credo che questa sia la soluzione ideale, perché nel momento in cui la base introietta la necessità di mantenere la comunità come comunità funzionante, in pratica finisce per introiettare l'esigenza del potere. Secondo me, la garanzia di non cadere in una nuova mistificazione, non sta nel delegare un potere alla base, ma nel rischiare in ogni momento la possibilità che la comunità si sfasci. Perché se noi deleghiamo il potere alla base nel momento in cui la base ci garantisce di saperlo gestire, in realtà non facciamo che delegare la mistificazione.

PIRELLA Io non sono d'accordo; non sono d'accordo per il motivo che questa affermazione non tiene conto che per definizione il ricoverato in ospedale psichiatrico

non può gestire l'ospedale. Nel momento in cui i ricoverati gestiscono l'ospedale, fanno un atto di enorme contestazione del potere, perché contraddicono un fatto che il potere giustifica: la loro esclusione in una situazione di dipendenza. Quindi mi pare che nella tua frase ci fosse una confusione, che certe volte noi stessi facciamo, tra il potere all'interno dell'ospedale e il potere all'esterno. Se noi siamo gli appaltatori del potere esterno, lo siamo nella misura in cui manteniamo la situazione sotto controllo. Se la situazione sfugge al nostro controllo, e si autogestisce in modalità che in parte ci sfuggono (in parte, o in tutto: ci sono alcune situazioni che possono sfuggirci del tutto, come si è anche visto), in quel momento si attua una profonda contestazione del potere esterno. Nella dinamica della contestazione, di cui abbiamo parlato tante volte, sta la differenza fra la nostra comunità e le comunità diciamo in senso classico. Il fatto nuovo è che la nostra comunità è caratterizzata da una posizione di contestazione a tutti i livelli. Quindi il controllo sul medico da parte del paziente, sul medico da parte dell'infermiere e poi del medico sull'infermiere e sul paziente, insomma il controllo reciproco e anche la reciproca contestazione, tutto ciò porta, in modo contraddittorio ed anche disordinato, a contestare in modo globale il potere esterno, quel

potere che invece ci imporrebbe di tenere la situazione totalmente sotto controllo in una comunità guidata, cosa che noi non facciamo.

JERVIS Sottoscrivo in pieno. Che il potere non venga più gestito da quelli che sono i mandatari ufficiali ma venga controllato e messo in crisi da quelli che sono i reietti ufficiali, costituisce già un fatto veramente rivoluzionario.

BASAGLIA A me sembra - anche se non ho seguito tutta la discussione - che il problema della C.T. e del suo futuro sia tutto nella consapevolezza del pericolo che si corre di cadere in un semplice riformismo psichiatrico. Ma se vogliamo riconoscere nella situazione una dimensione dialettica, dobbiamo anche individuarne la seconda possibilità che può consistere nella stessa contraddittorietà della situazione: l'istituzione è contemporaneamente negata e gestita, la malattia è contemporaneamente messa fra parentesi e curata, l'atto terapeutico viene contemporaneamente rifiutato e agito. In questo senso la negazione è contemporanea alla gestione e viceversa. La presenza della cosiddetta « norma » all'interno dell'istituzione psichiatrica potrebbe risultare, in una certa misura, contestante, dato che la funzione esplicita dell'istituzione è di contenere ciò che esula dalla norma. Finché il sistema non stabilisce che

l'istituzione psichiatrica è una nuova istituzione della norma, questo potrebbe indicarci un successivo uso contestante (rispetto al sistema) della C.T., qualora si ponga in un atteggiamento di negazione della funzionalità al sistema dell'istituzione psichiatrica, in quanto luogo dell'anormale nella norma. Il che significa anche che la presenza, all'interno di altre istituzioni (famiglia, scuola, fabbrica ecc.) di elementi di disturbo dimessi da una istituzione psichiatrica che non vuole più essere il luogo di scarico delle contraddizioni esterne, potrebbe servire (cosi come la « norma » è contraddittoria nel luogo dell'anormalità) ad evidenziare le contraddizioni vere nel terreno della cosiddetta « norma ». Il « dimesso » può giocare il suo ruolo di persona integrata alla società, attraverso l'uso di un'istituzione re-integrante, ma può anche assolvere una funzione contestante, nel senso che la sua sola presenza nel mondo esterno verrebbe a negare in modo palese il mondo ad una sola dimensione voluto dal sistema e, insieme, confermare l'azione di un'istituzione che rifiuta di esistere solo in quanto luogo di scarico acontradditorio delle contraddizioni.

Bibliografia consultata

ABRAMCZUK, J., *Reports from Poland: an Experiment in the Development of a Therapeutic Community in a Psychiatric Unit*, « Int. J. Soc. Psychiat.», 12: 309 (1966).

BAND, R. 1. e BRODY, E. B., *Human Elements of the T.C.*, « Arch. Gen.Psychiat.», 6: 307(1962).

BENNETT, L. R., *A T.C.*, «Nurs. Outlook», 9: 423 (1961).

BOAG, T. j., *The Day Hospital as a T.C.*, in *Research Conference on T.C.*, Thomas, Springfield III. I960.

BRILL, H., *Historical Background on the T.C.*, in Research Conference on T.C.y Thomas, Springfield III. I960.

BIERER, J., *The Malborough Experimen*t, in *Handbook of Community Psychiatry*, Grune e Stratton, New York 1964.

CHITTICK, R. A., *The place of the* C.T. *in the History and Development of a Modem State Hospita*l, in Research Conference on T.C., Thomas, Springfield III. I960.

CLARK, D. H., *Administrative Psychiatry 1942-1962*, «Brit. J. Psychiat.», 109: 178 (1963).
- *Administrative Therapy. The Role of the Doctor in the T.C.*, Ta- vistock, London 1964.
- *The T.* C. - *Concept, Practice and Future*, «Brit. J. Psychiat.», 111: 947(1965).
- *The Ward T.* C. *and Its Effects on The Hospital*, in Psychiatric Hospital Carey Baillière, Tindall & Cassel, London 1965.
CLARK, D. H. e altri, *Creating* a T.C. in a Psychiatric Wardy « Hum Rei.», 15: 123(1962).
CLARK, D. H. e ORAM E. G., *Reform in the Mental Hospital: An Eight Year Follow-Up,* « Int. J. Soc. Psychiat. », 12: 98 (1966).
CONE, w, The T.C. *in Action*: *a St. Louis Experience, in The Psychiatric Hospital as a Social System*, Thomas, Springfield III. 1964.
CROCKET, R., *Acting-Out as a Mode of Communication in the Psychotherapeutic Community*, «Brit. J. Psychiat.», 112: 383(1966).
DENBER, H. C., A T.C.: *Analysis of its Operation* after two Years, in *Research Conference on T.C.* , Thomas, Springfield III. I960.
- *A Study of the T.C.*, «Progr. Psychother.», y. 116 (I960).
DENBER, H. c. e *RAJOTTE*, p., *La Communauté thérapeutique: une forme systématisée de*

sociothérapie et son application à un grou- pe de schizophrènes, «Ann. Médico-Psychol.», 119: 115 (1961).

FREEMAN, P., *Treatment of Chronic Schizophrenia in a Day Center,* « Arch. Gen. Psych. », 7: 259 (1962).

GRALNICK, A., *Changing Relation of the Patient, Family and Practic- ing Psychiatrist to the T.C.*, in *Research Conference* on T.C., Thomas, Springfield III. I960.

GRALNICK, A. e D'ELIA, F., *Role of the Patient in the T.C.: Patient Participation*, «Amer. J. Psycother. », 15: 63 (1961).

GYNTHER, M. D. e GALL, H. s., T.C; Concept, Practice and Evalua- tion, in The Psychiatric Hospital as a Social System, Thomas, Springfield III. 1964.

JONES, M., *The Concept of a T.C.*, «Amer. J. Psychiat.», 112: 647 (1956).

- *Social Psychiatry. A Study of T. Communities*, Tavistock, London 1952.

- *Social Psychiatry. In the Community, in Hospitals* and in Prisons, Thomas, Springfield III. 1962.

- *Group Work in Mental Hospitals*, « Brit. J. Psychiat. », 112: 1007 (1966).

- *T.C. Practice*, «Amer. J. Psychiat.», 122: 1275 (1966).

- *Social learning. Crisis and Confrontation-Staff training*, Comunicazione al Convegno nazionale di

socioterapia (Vercelli 8-9 aprile 1967).
KLERMAN, G. L., *Staff Attitudes, Decision-making and the Use of Drug Therapy in the Mental Hospital, in Research Conference on T.C*., Thomas, Springfield III. I960.
KOLE, c. e DANIELS, R. s., *An Operational Model for a T.C*., « Int. J. Group Psycotherapy», 16: 279 (1966).
LAMBERD, W. G., *The T.C. and The Mental Hospital,* « The Manitoba Medicai Review », 40; 438 (I960).
- A T.C. in a *General Hospital Psychiatric Ward* , « Med. Serv. J. Canada », 21: 389 (1965).
LETEMENDIA F. J. J. e altri, T*he Clinical Effects on a Population of ChroHic Schizophrenic Patients of Administrative Changes in Hospital*, «Brit. J. Psychiat.», 113: 959 (1967).
LEVINSON, D. j. e KLERMAN, G. L., *The Clinician-Executive*, « Psychiatry», 30: 3(1967).
MACDONALD, J. M. e DANIELS, M. L.. *The Psychiatric Ward as a T.C.* , «J. Nerv. Ment. Dis.», 124: 148 (1956).
MACK, J. E., *From a Night Hospital Unit: The Evolution of Patient Ward Meetings into Group Psycotherapy,* «Int. J. Soc. Psychiat.», 9: 51 (1963).
MANDELBROTE, B. M., *Therapeutic Aspects of Organization. Factors Associated With the Rapid Conversion of a Custodial Institution into a T.C.y in*

Psychiatric Hospital Care, Baillière, Tindall & Cassel, London 1965.
MARTIN, D. v., *Adventure in Psychiatry*, Bruno Cassirer, Oxford 1962.
- *The importance of Free Communication in Psychiatric Hospital Care*, Baillière, Tindall & Cassel, London 1965.
MARTIN, D. v. e CAINE, T. M., *Personality Change in the Treatment of Chronic Neurosis in a T.C.*, «Brit. J. Psychiat.», 109: 267 (1963).
MESZAROS, A. F., *Principles of Research in a T.C.*, in *Research Conference on T.C*., Thomas, Springfield III. I960.
MIKELS, E. e GUMRUKCU, P., A T.C. *Rostel*, «J. Rehab», 29: 20 (1963).
PATTON, j. D., The T.C.y «Med. Times», 86: 135 (1959).
RACKER, F. w. e altri, The T.C.: *an Approach to Medicai Rehabilitation*, « Arch. Phys. Med.», 44: 257 (1963).
RAPOPORT, R. N., *Community as Doctor: New Perspectives on a T.C.*, Thomas, Springfield III. 1961.
ROBERTS, L. M., *Group Meetings in a T.C., in Research Conference* on T.C.y Thomas, Springfield III. I960.
RUBENSTEIN, R. e LASSWELL, H. D.. *The Sharing of*

Power in a Psychiatric Hospital, Yale University Press, New Haven e London 1966.

SACHAR, E. j. e altri, *A Self-Contained Women's Ward as a T.C.y in Research Conference* on T.C.t Thomas, Springfield III. I960.

STUBBLEBINE, J. M., The T.C. A *Further Formulation*, «Ment. Hosp.», 11: 16 (I960).

TALBOT, E. e altri, S*ome Aspects of Self-Conceptions and Role Demands in a T.C.*, « J. Abnorm. Soc. Psychol.», 63: 338 (1961).

VITALE, j. H., *The T.C.: A Review Artide, in The Psychiatric Hospital as a Social System*, Thomas, Springfield III. 1964.

WILENSKY, H. e HERZ, M. i., *Problem areas in the Development of a T.C.*, « Int. J. Soc. Psychiat. », 12: 299 (1966).

WILMER, H. A., Social Psychiatry in Action; a T.C.y Thomas, Springfield III. 1958.

ZEITLYN, B. B., T*he T.C. - Factor Fantasy?,* «Brit. J. Psychiat.», 113: 1083(1967).

Antonio Slavich

Mito e realtà dell'autogoverno

Autogestione, autogoverno, decisioni comunitarie: sono parole che ricorrono sempre più spesso nel linguaggio riformato della nuova psichiatria, al punto che si potrebbe pensare si vada realizzando, in quelle che fino a ieri erano istituzioni di cura e custodia, un modo nuovo, più libero e più democratico » di gestione del potere, e fino al punto che vi partecipi il malato di mente. Una ipotesi seducente; cancella d'incanto la contraddizione fondamentale che contrappone l'istituzione al malato in un rapporto adialettico di subordinazione oggettuale, il solo rapporto che sia in grado di secondare i possibili fini dell'istituto - l'esclusione sociale o anche, al contrario, la rapida reintegrazione sociale produttiva -, e di assicurare la conservazione stessa del meccanismo istituzionale; è una ipotesi che riesce a mettere fra parentesi la violenza nelle sue diverse sfumature, violenza che sola riesce a gestire un tale rapporto contraddittorio; è, soprattutto, una ipotesi che sottrae chi gestisce ufficialmente il potere nell'istituzione all'imbarazzante cumulo di contraddizioni nel quale si trova, suo malgrado, immerso.

Trascurando questa contraddizione fondamentale chi prospetta l'ipotesi di un « autogoverno comunitario » da parte del malato non può che formularne dei modelli astratti e vaghi. Per quanto differenti siano infatti le matrici ideologiche dell'ipotesi di un siffatto « autogoverno », ne risulta sempre la presentazione di una

facciata adialettica; principalmente si possono individuare, al riguardo, le tre seguenti posizioni:

a) Una prospettiva che vede la risoluzione di tutte le contraddizioni istituzionali interne con il semplice capovolgimento della situazione, e quindi con l'assunzione, in linea di principio, da parte del malato di una elevata e razionale capacità decisionale, in una sorta di « repubblica psichiatrica » di dimensioni rigorosamente circoscritte in un ambito microsocietario, e pertanto arbitrariamente avulsa dalla realtà sociale determinata, dalla quale primariamente ogni istituzione è espressa.
b)Una seconda prospettiva rappresenta il possibile avvento di un « autogoverno » del malato mentale come una minacciosa contraddizione antagonistica: questo « potere malato » viene colorato delle fosche tinte della irrazionalità e del caos; e l'ipotesi torna quindi utile per giustificare, ex contrario, l'autorevole conservazione del potere istituzionale, in mani ufficiali, secondo la più schietta tradizione asilare.
c)Terzo modo di prospettare l'autogoverno, attualmente sempre più diffuso, è quello che pretende una composizione spontanea delle contraddizioni interne per mezzo di un illuminato intervento *esterno*, di *guida tecnica* (medica o sociologica)che serva da supporto a

una ordinata e razionale gestione di alcune porzioni del potere istituzionale, da parte del malato » *reso collaborativo*.

Queste tre posizioni, forse arbitrariamente qui radicalizzate (e che tendono continuamente a sovrapporsi, in virtù di sfumature mutevoli di falsa coscienza), finiscono con il configurare una vera e propria metafisica comunitaria. Se però esse non ci sembrano accettabili, nella loro più o meno interessata astrattezza, ciò non significa che, all'atto di ripensare i possibili significati di un rovesciamento delle caratteristiche dell'istituzione asilare, non ci si debba porre, su basi diverse, il problema. Non si può infatti parlare di autogoverno da parte del malato senza porre esplicitamente almeno due quesiti; l'uno sulla natura effettiva del potere in possesso del malato, l'altro sulle modalità storiche del trasferimento di questo potere dalle sedi tradizionali alle sue mani, nel corso di un processo determinato di rovesciamento della istituzione asilare; questo eventuale trasferimento di potere non può essere ipotizzato, ma deve venir verificato in una analisi concreta, prima che a qualsiasi titolo si possa parlare di « autogoverno ». Abbandonando quindi ogni tentazione di fare della metafisica comunitaria, e attenendoci a un tentativo di analisi delle contraddizioni quali si manifestano in una

situazione istituzionale concreta - come può essere considerata l'esperienza goriziana di questi sei anni - si può tentare una analisi schematica del processo di ridistribuzione del potere istituzionale, per vedere se, e in quali forme eventualmente alternative a quelle della cosiddetta «democrazia comunitaria» o «autogoverno», il potere acquisito dal malato abbia avuto un peso reale nella messa in crisi delle strutture dell'istituzione asilare.

Nella situazione tipica di un ospedale psichiatrico tradizionale - qual era quello di Gorizia nel 1961, all'inizio della nostra esperienza - il malato non è collocato utilmente nella gerarchia per l'esercizio del potere istituzionale: egli è quindi apertamente « fuori gioco » anche sotto questo riguardo; la logica dell'istituzione non ammette deviazioni, e di un autogoverno da parte dei malati, quindi, non si parla. Tuttavia, la presenza fisica dei malati in qualche misura ancora incide, e non è trascurabile. Innanzitutto essi costituiscono pur sempre la ragione stessa dell'esistenza dell'istituzione, e sono quindi punto di riferimento obbligato per ogni attività organizzativa e per chiunque si trovi invece collocato utilmente nella gerarchia; in secondo luogo il peso di questa presenza, seppure solo sotto la forma di una prevalenza numerica, è misurato di riflesso anche dalla durezza della reazione coercitiva e

serializzante che l'istituzione deve mettere in atto per ridurre, schematizzare, semplificare il problema che le deriva dalla massa degli oggetti di cura. Questa totale privazione di potere del malato non è invece, ovviamente, contraddetta dalla concessione ai singoli di frange di potere personale, sotto forma di privilegi da esercitarsi esclusivamente nei limiti ristretti della permissività del sistema.

La contraddizione fondamentale tra l'istituzione come meccanismo e il malato come oggetto di cura fa dunque si che il potere sia totalmente localizzato nel primo dei due termini; le caratteristiche della sua distribuzione sono però - ed erano a Gorizia - alquanto complesse, ed esse stesse contraddittorie. Innanzitutto per quanto articolata e stratificata sia la gerarchia dell'autorità interna, esiste ed è in atto una *omogenea solidarietà* fra i vari livelli, basata sulla oggettiva concordanza dei fini operativi istituzionali: medici e personale di assistenza, destinatari tutti consenzienti del medesimo mandato sociale di cura e custodia, e parte integrante di uno stesso meccanismo funzionale, agiscono in modo solidale e conforme - ciascuno con il suo modulo tecnico - per il raggiungimento e la conservazione dello scopo istituzionale. Il possesso in comune del medesimo oggetto di esercizio del potere - la massa dei malati - agevola la distribuzione dei ruoli gerarchici tra le diverse categorie professionali, e

all’interno di ciascuna di esse: il malato viene ad essere l’unico tramite, passivo, della comunicazione operativa tra le diverse categorie, i medici, gli infermieri, il personale religioso, amministrativo, ecc.; per il resto esse rimangono chiuse nel cerchio dei rispettivi interessi corporativistici, e nei parametri socioculturali della rispettiva casta.

Questa solidarietà, formalmente omogenea, tra i diversi livelli gerarchici è agevolata dalla caratteristica del mandato sociale di essere sempre e di continuo delegato in una catena che si risolve solo nel diretto contatto con l’oggetto del mandato (il malato). La delega alla gestione del potere per i fini della istituzione proviene al vertice gerarchico dall’esterno dell’istituzione stessa, dopo una lunga serie di passaggi che coinvolgono via via le strutture di fondo della società esterna ed i suoi poteri costituiti (la famiglia, l’ambiente sociale naturale, il luogo di lavoro del malato; poi la Magistratura, la pubblica sicurezza, ecc.). La delega diventa un testimone imbarazzante che, appena giunto nelle mani del medico all’interno dell’ospedale, viene subito smistato per via gerarchica al personale di assistenza, una volta onorato formalmente il rispetto della legge, e soddisfatte le esigenze « scientifiche » dell’indirizzo di cura formulando le «norme generali» per il trattamento del malato. Al personale di assistenza e amministrativo viene delegato il

potere diretto sulla persona del malato; una delega ampia e con ampio margine di discrezionalità, che consente l'esercizio di una reale autorità diretta e personale sul malato. Ne consegue che, nella istituzione psichiatrica tradizionale, il medico detiene solo un potere formale ed astratto, mentre sostanzialmente e in concreto esso viene esercitato dal personale ausiliario. La subordinazione gerarchica di questo sottosistema di potere personale all'autorità formale del iiiedico è ancora e solo assicurata dalla possibilità, teorica, della sanzione; ma non vi è dubbio che il centro di gravità dell'autorità, per il malato nella sua vita quotidiana all'interno di un reparto chiuso, stia nell'infermiere: è questi che decide e revoca, concede e nega, formula l'immagine del malato - buona o cattiva - che verrà comunicata ad altri (e fra questi il medico), ecc.

Questo meccanismo della delega dei poteri in un ospedale chiuso può valere a spiegare anche come il medico riesca sempre a conservare una rispettabilità agli occhi del malato; la sua assenza dal campo - giustificata dalla impossibile ubiquità e dalla molteplicità degli altri suoi impegni professionali, e comunque surrogata dalla ampia delega che egli distribuisce per i dettagli pratici della assistenza - lo sottrae all'imbarazzo delle decisioni che concernano, faccia a faccia, il malato; può cosi presentare a questi una « facciata » severa e distante ma giusta e non compromessa, ed essere recuperato come

fantasma del tecnico che sa e che può, e comunque unico antagonista (utilmente collocato nella gerarchia del potere) dell'infermiere, che invece in ogni momento della giornata costituisce una presenza incombente che realmente decide ed agisce. Anche il fatto che, agli occhi del malato, sia il medico, in ultima analisi, a trattenerlo in ospedale, viene riassorbito nel meccanismo delle deleghe: e il malato finisce con l'accettare, nella maggioranza dei casi, la interpretazione che la responsabilità del suo ricovero protratto risalga «a monte » del medico.

Compromesso in proporzione inversa al medico, gravato dalla delega al potere personale sul malato, il personale infermieristico compie comunque e sempre il proprio dovere. Quali che siano le motivazioni personali di ciascuno ad impegnare il proprio lavoro nelle condizioni istituzionalizzate e frustranti tipiche nell'ospedale psichiatrico, certo non si tratta di una vocazione della classe degli infermieri alla violenza istituzionale, ma di una funzione violenta, nei limiti prefissati dall'organizzazione. Le contraddizioni derivanti da una più matura coscienza di classe - specie fra gli infermieri - rimangono inoperanti o comunque ben controllate. La contraddizione relativa alla sperequazione fra potere formale e responsabilità reale da parte degli infermieri rimane interna e secondaria alla solidarietà funzionale con le altre categorie professionali, e

comunque nei limiti prefissati dalla rigidità dei ruoli gerarchici.

Una posizione particolare in questa struttura di potere per il governo della istituzione viene ad assumere il personale religioso, quando si trovi al vertice di un sottosistema chiuso (un reparto o un « servizio » ospedaliero), in posizione intermedia fra il medico e l'infermiera. La religiosa accetta pienamente, al pari delle altre categorie, la solidarietà funzionale con i fini dell'istituzione, sulla base del mandato sociale che essa cumula coerentemente con quello derivamele dalla Regola dell'Ordine religioso; solo che tende a *non delegare* ulteriormente il potere personale sul malato, preferendo invece gestirlo in proprio, con la sua presenza continua nel reparto. Essa diviene cosi la sede per la delega che al medico dà il maggiore affidamento; e riesce ad imprimere uno stile personale, particolare per ciascun sottosistema, con un tipo di gestione del potere sul malato con il quale riesce a ben conciliare le finalità istituzionali con quelle della Regola religiosa; per riuscirvi deve comunque mettere fuori gioco non solo, come è ovvio, il malato ma anche tutto il restante personale di assistenza del sottosistema, con tensioni antagonistiche continuamente sopite e abilmente controllate

.

Questa, molto schematicamente, la situazione quanto a

distribuzione del potere per il «governo» dell'istituto, dalla quale ci si è mossi a Gorizia sei anni orsono; una situazione analoga, probabilmente, a quella di tanti altri ospedali psichiatrici, per la caratteristica delle istituzioni totali di ripetere sempre se stesse. Una situazione nella quale, con ogni evidenza, il potere decisionale del malato era assolutamente nullo.

Alla fine del 1961 un nuovo direttore, seguito poco dopo da un altro medico, iniziavano il loro lavoro nell'ospedale; il loro rifiuto del semplice mandato di conservazione dell'istituto e di ordinata gestione formale della delega per l'esclusione sociale del malato mentale, ha prodotto una *brusca frattura della solidarietà funzionale* fra una parte dei medici (fra i quali, però, il vertice gerarchico rappresentato dal direttore) e il rimanente personale curante e di assistenza. Conseguenza di questa rottura della solidarietà era una interruzione della catena delle deleghe del potere istituzionale: esso veniva assunto e gestito in proprio da una parte dei medici, che si costituivano come avanguardia nel nome di una negazione della struttura asi- lare, delle sue norme condizionanti, e della istituzionalizzazione connessa.

Il lavoro, in questo primo periodo, assumeva spesso aspetti dichiarati di rottura nei confronti delle norme precostituite: così, ad esempio, la presenza continua e «ubiquitaria » nei reparti; il rinnovato approccio medico e

psicopatologico al paziente, nel tentativo di coglierne la presenza attraverso lo schermo della serializzazione; l'abolizione brusca di ogni mezzo fisico di contenzione e la attiva vigilanza nell'evitare misure violente di coercizione; la ricerca e la denuncia dei numerosi rituali istituzionali destituiti ormai di ogni senso anche solo teoricamente terapeutico; il ripristino di alcuni mezzi tradizionali di riabilitazione, come l'ergoterapia; la distribuzione su vasta scala e non discriminante di privilegi, sino allora circoscritti a pochi pazienti particolarmente utili all'istituzione; il riconsiderare un gran numero di situazioni socio-ambientali esterne relative ai pazienti, con la conseguenza di numerose dimissioni di lungo-degenti; la sollecitazione di numerosi provvedimenti amministrativi volti a migliorare le condizioni primarie di vita dei ricoverati, ecc. Se anche già nel corso del 1962 la base dell'avanguardia era andata ampliandosi per la venuta di nuovi medici e soprattutto per il consenso di una certa parte del personale, non vi è dubbio che questa azione iniziale - su un piano che coinvolgeva globalmente la struttura dell'istituto - è stata possibile solo per l'esercizio non delegato del potere da parte del vertice, in una struttura ancora gerarchica, forzata a mantenere se stessa per negarsi. Comunque un tentativo così esteso e vasto di rovesciamento delle strutture asilari non poteva che tradursi in una profonda

crisi delle posizioni di potere precostituite ai vari livelli, nelle diverse categorie professionali e nei vari sottosistemi; in particolare gli infermieri, esautorati come gruppo omogeneo ed autonomo per l'esercizio del potere personale sul malato, privati della copertura della delega da parte del medico, venivano bruscamente richiamati dalla loro condizione istituzionalizzata, e vivevano la crisi di una prima e fondamentale scelta, che doveva definire per ciascuno il significato ed il valore della sua presenza individuale sul campo del suo lavoro; una scelta per la quale mancavano loro nuove norme e valori predeterminati cui riferirsi (che non fossero il rifiuto del puro custodialismo e la volontaristica donazione di senso vagamente terapeutico al proprio lavoro). Ogni scelta collaborativa non veniva strumentalizzata paternalisticamente per fini superiori imperscrutabili, ma contribuiva ad allargare la base dell'avanguardia; ed ogni rifiuto andava a rafforzare la tendenza alla conservazione dell'istituzione asilare; per lungo tempo questa ha alimentato di tensione e di ansia la contraddizione fortemente antagonistica fra le precedenti strutture di potere (che ritrovavano la loro solidarietà) e il nuovo gruppo di potere che si andava formando.

In tutte queste dinamiche i malati avevano ancora una parte assai marginale e riflessa, ed erano ancora oggetto delle decisioni e delle azioni dell'avanguardia; lungi dal-

l'esprimere una possibilità decisionale essi rischiavano di venir esposti ad una nuova forma di potere, più larvata ma non meno insidiosa. La tentazione paternalistica era infatti immanente in quanto si andava attuando; e formalmente questa volontaristica « donazione di senso terapeutico » poteva in effetti presentarsi sotto la forma del paternalismo: se ne affrancava solo nella misura in cui la prassi, nella rapida successione delle fasi organizzative, formulate e subito negate dialetticamente, precludeva a se stessa la volontà di conservare la istituzione manipolandone una stabile riforma, e tendeva invece a sovvertirne i presupposti. Certo, le decisioni e le azioni dell'avanguardia si davano in funzione del malato, e non dell'istituzione in sé; ma erano pur sempre decisioni in-favore-di, ed il frutto ne erano doni dall'alto, o concessioni di privilegi, e come tali venivano fruiti, almeno inizialmente, dalla maggioranza dei malati.

Una decisione - scaturita anch'essa dalla équipe medica - che si differenziava invece qualitativamente dalle precedenti, nei riguardi di una possibile ridistribuzione del potere decisionale, fu quella di aprire il primo reparto di lungo-degenti (novembre '62). Fu quello il banco di prova della reale determinazione dell'avanguardia di ristrutturare su basi nuove l'istituzione terapeutica. Se si considera infatti che la forma principale dell'esercizio del potere sul malato propria dell'ideologia custodialistica è

rappresentata dalla coartazione della libertà dei suoi movimenti, e dal suo controllo a vista in uno spazio limitato, la rottura irreversibile con quella ideologia si realizzava con l'apertura dei reparti, e soprattutto con il ripristino della possibilità di un movimento non soggetto al controllo a vista del paziente all'interno dell'ospedale. Fra numerose riserve e resistenze, con transitorie misure cautelative di compromesso, nel 1963 furono aperti altri quattro reparti.

Nei primi tempi, quando un numero sempre maggiore di malati veniva a disporre, in modo sempre meno condizionato, della libertà di movimento, la maggioranza di essi continuava a rimanere ai margini del processo attivo di rinnovamento della istituzione; gli uni in possesso di una libertà donata dall'alto, della quale ancora mostravano di non sapere che farsi, se non usarla per rispondere alle sollecitazioni predeterminate della socioterapia tradizionale; gli altri, molti, ancora ristretti nelle numerose sacche ad impronta asilare dei sottosistemi chiusi. Il processo di reindividuazione che seppur lentamente scaturiva dalla situazione in continuo mutamento dialettico, lasciava emergere alcuni leaders fra i pazienti che, con una reale collaborazione, andavano a fiancheggiare l'avanguardia. È questo il periodo ('63-64) di alcune iniziative gestite dai malati e agevolate dalla équipe curante, le quali per le modalità formalmente «

autonome » di gestione, per il possesso di un mezzo di comunicazione interna e di propaganda (il giornale interno « Il Picchio »), e soprattutto per il contrastò con la cornice in larga misura ancora tradizionale nella quale venivano a situarsi, si proponevano come « rivoluzionarie » forme parziali di autogoverno da parte dei malati. Come tali, almeno, venivano fruite all'esterno dell'ospedale (soprattutto in virtù della opinione creata dal « Picchio »): in realtà si trattava di un gruppo aperto di lungo-degenti numericamente limitato (quindici-venti persone al massimo) rispetto alla massa dei pazienti, con un leader riconosciuto (Furio); le iniziative di questo gruppo si allineavano d'altronde perfettamente con le finalità di rinnovamento dell'avanguardia. Il contributo di questi pazienti è stato in questa fase assai importante (con la costituzione, ad esempio, del « Club aiutiamoci a guarire», primo nucleo organizzato di pazienti provenienti da diversi settori dell'ospedale; o con la organizzazione e la animazione del tempo libero, con i mezzi ancora del tutto tradizionali delle feste, delle gite, della biblioteca interna, ecc.); ma questo contributo non era forse indicativo, quanto poteva sembrare, di una ridistribuzione effettiva del potere decisionale; lo prova anche il fatto che le resistenze da parte delle istanze conservatrici a queste iniziative dei malati sono state pressoché nulle (se si eccettuano alcune prese di posizioni polemiche nei

confronti del « Picchio »), se confrontate con quelle suscitate dal libero movimento dell'ospedale di una parte dei pazienti, per le sue conseguenze disorganizzanti la « quiete » istituzionale. Se anche in questo periodo andava prendendo corpo l'idea della necessità della « collaborazione di tutti » e della dimensione del gruppo come via per il superamento di determinate contraddizioni istituzionali o interpersonali; se anche aumentava a tutti i livelli la confidenza con il nuovo clima liberalizzato; se anche la finalità primaria dell'ospedale riprendeva ad essere ufficialmente, nella cultura che si andava formando, quella « terapeutica » e cominciavano ad esprimersi formalmente delle strutture (quali il «Club», i vari «Comitati», ecc.) che rappresentavano una « democratizzazione » della vita istituzionale: pure ancora il malato viveva la esperienza della sua degenza o come collaboratore nelle decisioni e nei suggerimenti dettati dall'avanguardia, o come oggetto delle iniziative terapeutiche e della « aninlazione » socioterapi- ca; il suo margine di libertà - seppure ne era in possesso - si costruiva lentamente nella possibilità di gestire in prima persona, svincolato dal controllo a vista, il proprio spazio e le proprie possibilità, anche di contestazione, sul piano individuale.

In questa fase (autunno 1964) caratterizzata dalla progressiva apertura e liberalizzazione interna, con la

irreversibile donazione di libertà fisica al malato e la lenta riappropriazione da parte sua di un margine di libertà psicologica *all'interno* dell'ospedale; in questo movimento apparentemente caotico e informe di rinnovamento, alla ricerca di una forma organizzata, si situa la costituzione della prima « comunità terapeutica » in un reparto di lungo-degenti. Originata anch'essa da una decisione medica (apertura del sesto reparto, trasferimento di un gran numero di pazienti fra i reparti, scelta del personale e dei cinquantaquattro pazienti chiamati a partecipare all'esperimento comunitario) l'iniziativa assumeva un significato nuovo, perché chiamava alla collaborazione attiva non solo pochi leaders già fiancheggiatori dell'avanguardia, bensì una massa rilevante di pazienti da tutti i reparti maschili. Nelle occasioni delle assemblee di reparto - che iniziavano allora la loro prolifica esistenza nell'ospedale -, nella convivenza quotidiana in stretto contatto con la équipe curante, il malato veniva ad avere una parte determinante nella organizzazione in comune e nella gestione della giornata del reparto, nella costituzione delle sue norme, nella formazione della sua cultura, nella critica dei meccanismi istituzionali residui; e se le « decisioni » organizzative, le risoluzioni di determinati problemi interni senza l' intervento necessario del parere gerarchico, rappresentavano l'aspetto più clamoroso

dell'esperimento - dato il contesto nel quale esso si situava -, ci sembra che il suo valore per l'ospedale nel suo complesso andasse piuttosto ricercato altrove: nella possibilità che nelle assemblee di reparto, nei gruppi di discussione, nella convivenza quotidiana si giungesse a una comunicazione più reale e diretta fra *tutti* i componenti il reparto; che si potesse sovvertire in concreto la verticalizzazione gerarchica nel tentativo continuo di stabilire, su un piano di precaria parità, una collaborazione di tutti ad una medesima finalità terapeutica; che +si potessero ventilare problematiche e tensioni interpersonali senza l'intervento esclusivo e risolvente dell'autorità tecnica del medico.

Questo primo esperimento comunitario proponeva una ideologia, formulava degli slogans, intendeva deliberatamente diffondere nel resto dell'ospedale determinati principi formali di una organizzazione terapeutica; la parte avuta dai 54 malati chiamati a partecipare alla iniziativa è stata rilevante nella misura in cui essi attivamente, nel diretto contatto con i compagni di degenza degli altri reparti, nei gruppi spontanei che si formavano nelle alternative alla vita di reparto (contemporaneamente alla comunità terapeutica era stato aperto, nell'ottobre del '64, il bar interno interamente gestito dai malati) propagandavano le opportunità e i vantaggi del « nuovo » tipo di gestione comunitaria. Non

vi è dubbio che questo primo grosso gruppo abbia maturato assai rapidamente una propria coscienza e una propria cultura. Bisogna però tener presente che le aspettative che stavano alla base di questa attiva collaborazione, erano condizionate ancora dal potere decisionale del medico; l'esperimento era infatti visto da questi malati come un grosso sforzo comune, che preludesse alla dimissione di ciascuno dall'ospedale. Ed è stato a condizione del mantenimento di queste aspettative e di questa possibilità di futurizzarsi che il reparto ha mantenuto la sua coesione ed ha spontaneamente attivato quelle dinamiche che, dall'esterno, apparivano come modello di gestione « democratica » e comunitaria.

Nel corso del '65 e '66 la « cultura comunitaria » si è progressivamente estesa a gran parte dei sottosistemi di reparto. In particolare ogni reparto ha iniziato le sue assemblee, ogni équipe curante di reparto si riuniva settimanalmente, e riunioni organizzative e « comitati » si facevano e disfacevano in tentativi continui, che spesso trovavano in se stessi la loro negazione. Non a caso Pinizio della collaborazione di nuovi medici, in questo periodo, ha coinciso con l'attivazione progressiva di tutti i sottosistemi di reparto, con la loro completa apertura, con l'aumento del numero delle riunioni. Nel novembre del '65 sorgeva spontanea la necessità di una assemblea

generale, che consentisse l'incontro e la comunicazione fra tutte le persone che, presenti a qualsiasi titolo in ospedale, volessero parteciparvi. Le decisioni relative all'inizio di ciascuna di queste iniziative partivano ancora dall'avanguardia; molte di queste iniziative cadevano però nel momento in cui, essendo la partecipazione spontanea, venivano negate dal malato, che denunciava in tal modo la mancanza in esse di una motivazione per lui valida. La intensificazione delle comunicazioni e la più larga partecipazione di base alle occasioni alternative della vita istituzionale quotidiana ha condotto inoltre spontaneamente allo svincolo di determinati servizi - soprattutto per la gestione del tempo libero - dal controllo e dalla organizzazione, con intenti « socio-terapici », da parte dell'équipe curante.

Questa descrizione del processo di allargamento della base di collaborazione fra medici, malati, infermieri, che sembra ammettere una omogeneizzazione di tutto il campo ospedaliero su una base avanzata « comunitaria », con una partecipazione reale ed attiva del paziente, sarebbe mistificata se non si tenessero presenti alcune delle più stridenti contraddizioni interne che sembrano in parte smentire questo processo comunitario. Così ad esempio è significativa la sfasatura relativa nei tempi del processo che si è manifestata nei reparti aperti femminili, rispetto a

quelli maschili. La presenza, in ciascuno di questi reparti, delle consuete sedi « decisionali » (le assemblee e i gruppi di discussione) non ha impedito una relativa persistenza della struttura gerarchica verticalizzata, che in molti casi ha condizionato pesantemente anche la reale disponibilità dei margini di libertà del malato. Le ragioni per questo fatto sono certo molteplici, l'ultima e più trascurabile delle quali sembra essere quella, spesso invocata, della « passività » femminile, che si rivelerebbe anche fra le malate; altre ragioni vi sono, probabilmente, per questa mancata penetrazione in profondità della azione di rovesciamento dell'istituzione asilare; in primo luogo un intenzionamen- to meno attivo da parte dell'avanguardia, ed anche la resistenza del vertice gerarchico del reparto, rappresentato dalla religiosa, a restituire la delega per la gestione in proprio del potere personale sul malato.

Una ulteriore importante contraddizione era rappresentata fino a pochissimo tempo fa dalla presenza dei due ultimi reparti chiusi. Se anche questi da lungo tempo non venivano utilizzati come modalità di sanzione e di controllo delle devianze, sussisteva pur sempre la possibilità fan- tasmatica della sanzione, che faceva da contrappeso interno alla concessione progressiva della libertà di movimento al paziente. Da poco anche questi due ultimi reparti sono stati aperti; con due ulteriori azioni

di « rottura » che hanno travalicato il potere delle sedi « decisionali » interne (in larga misura controllate, in questi due reparti chiusi, da sottogruppi della équipe infermieristica) attualmente *tutti* i pazienti hanno la *possibilità* teorica di svincolarsi dal sistema custodialistico e di gestire in proprio, fruendo o meno delle alternative che la vita istituzionale mette a disposizione, la propria libertà personale di movimento.

Questa traccia storica è stata delineata tenendo intenzionalmente presente solo la possibilità che ha avuto ed ha il malato di porsi e contrapporsi nei confronti delle posizioni, vecchie e nuove, di potere istituzionale. La conclusione sulle prime sembrerebbe del tutto negativa: nella formazione progressiva di una sempre più vasta avanguardia per il rovesciamento di una tradizionale condizione asilare, il malato « ufficialmente » sembra non aver avuto gran parte. Il medico sembra essere riuscito ad imporre il suo potere, anche se intenzionalmente ha tentato di negare la sua funzione tradizionale: mostrando in tal modo la sua persistente e contradditoria compromissione nel mandato sociale; le altre categorie professionali hanno fruito della opportunità di riattivare di senso il loro lavoro nell'istituzione, in gran parte partecipando attivamente all'azione comune, e vivendo comunque attivamente le contraddizioni interne con il medico e con

il malato. Il malato ha anch'egli fruito innanzitutto, a*ll'interno dell'istituzione*, della *possibilità* di ritrovare se stesso, nel margine di libertà personale che la sua condizione di escluso gli concedeva. Si è riappropriato della libertà dalla coercizione (non però, ad esempio, di quella dal bisogno); ha potuto fruire di contatti interpersonali, gestire in proprio, individualmente o in gruppi spontanei, la sua giornata, scegliere fra determinate alternative, ecc.: tutto ciò, comunque, sempre all'interno del sistema, nei limiti, non solo spaziali, prefissati dal meccanismo istituzionale. In due distinti periodi, nel corso di questi sei anni, le attività dei malati hanno mostrato una tendenza a formalizzarsi in modo apparentemente ordinato, tranquillo, rassicurante. Una prima volta (1962-63) nella passiva fruizione dei privilegi « socioterapici » distribuiti in massa dall'alto; una seconda volta, più recentemente, nella conformistica accettazione delle regole formali « democratiche », nei «comitati», nei gruppi di attività, o in determinati momenti delle assemblee. Una parte di queste attività, come si è detto, è caduta in disuso, negata dagli stessi malati mano a mano che se ne manifestava la artificiosità e la pura funzionalità ad un nuovo sistema di controllo istituzionale.

Il malato ha dunque il potere, ora, di negare alcuni voleri dell'equipe curante; solo che non lo fa con una « decisione » a maggioranza, bensì negando,

individualmente, la sua collaborazione. Emergono qui le funzioni contraddittorie che coesistono nelle assemblee, nei gruppi di discussione, e in genere in tutte quelle occasioni di incontro nelle quali una attiva partecipazione sembra significare il raggiungimento di una elevata « maturità comunitaria ».

In tali occasioni infatti l'incontro ed il confronto con le problematiche piccole e grandi della vita istituzionale consentono una reale comunicazione fra chiunque vi partecipi, anche in silenzio; consentono una discussione non formale nella quale si impegnano le posizioni, le motivazioni e le coperture di ciascuno; si rende possibile una presa di coscienza che, al limite, può concernere qualsiasi di queste problematiche e contraddizioni, anche quella, dunque, dei limiti imposti dalla condizione di esclusione, e dalla oggettiva impossibilità, da parte del malato, di prendere una decisione che valga a forzare questi limiti.

Le ordinate apparenze formali delle discussioni nelle assemblee facilmente evocano modelli parlamentaristici; e si ripropone, dinnanzi al complesso sistema delle assemblee, l'immagine di un « autogoverno » del malato nella istituzione. Emerge però, insieme con questa immagine, anche l'altro aspetto della contraddizione relativa alle assemblee. Un «autogoverno», come si diceva all'inizio, presuppone un potere, e questo deve

essere in grado di tradursi in decisioni che valgano a confermare il potere di chi le prende. Traguardando le apparenze formali parla- mentaristiche, è lecito chiedersi: quali sono le decisioni reali che si prendono in una istituzione psichiatrica, e quanta parte in ciascuna di esse ha il malato? Una risposta perfettamente in linea con la ideologia comunitaria potrebbe essere questa: «Tutti decidono, tutte le decisioni sono importanti»; ma in realtà in una istituzione che continua a basare il suo fondamento legale sulla contraddizione fondamentale fra se stessa ed il malato come oggetto del mandato di cura e custodia, le decisioni non possono essere tutte egualmente importanti, essendovene alcune che toccano, altre che non toccano questa contraddizione fondamentale. Analogamente tali decisioni non possono essere prese da tutti indifferentemente, in quanto, almeno finché rimane in atto una tale contraddizione fondamentale, vi saranno sempre dei partecipanti a titolo diverso.

Quali sono, ad esempio, in concreto, i diversi tipi di decisioni che possono venir affrontate nelle assemblee? Si possono individuare i seguenti gruppi:

1) In una istituzione chiusa verso l'esterno, nella quale il medico ha il mandato per trattenere coattivamente il malato, e continua quindi ad essere solidale con l'istituzione nella contraddizione fondamentale, le

decisioni di fondo sono quelle che riguardano la dimissione del malato, il suo trasferimento altrove, la sua possibilità di uscire dal campo ospedaliero mantenendo il legame con l'istituzione (permessi in famiglia, passeggiate, ecc.): su queste decisioni il malato non ha potere alcuno; una pressione in gruppo o individuale in tal senso può avere efficacia solo se esprime una posizione conforme ad un consenso che il medico ha già deciso di poter dare.

2) Nelle decisioni « terapeutiche », di per sé prerogativa del medico, il malato può avere un certo margine di contestazione; egli può comunque opporsi di solito solo con la negazione globale di un determinato tipo di terapia, perché sprovvisto di ogni potere tecnico che possa validare le sue argomentazioni sui dettagli della terapia.

3) Nelle decisioni amministrative interne (benefici individuali e di gruppo, provvedimenti di migliorie, ecc.), il malato può aver parte, ancorché limitata, facendo pesare nelle assemblee determinati pareri fortemente contestativi, quando questi mettano in reale imbarazzo le sedi ufficiali delle decisioni amministrative; si tratta comunque di occasioni assai rare, intorno a fatti e argomenti che riescono a mobilitare una partecipazione di massa; non vi è dubbio, d'altronde, che sfugge al malato qualsiasi

possibilità di controllo sui tempi e i modi di attuazione di queste decisioni; e comunque questo tipo di decisioni tende piuttosto a rafforzare il «nuovo» sistema di vita istituzionale, a consolidare la integrazione del malato nella microsocietà ospedaliera, che non a metterne in crisi il contradditorio legame.

4) Le decisioni riguardanti la convivenza, all'interno dell'ospedale, la organizzazione di determinate attività e del tempo libero: certo sono, queste, possibilità reali in possesso dei malati, soprattutto da quando l'equipe curante sembra aver rinunciato al suo potere socioterapico, e quindi ai suoi «lungimiranti » interventi organizzativi. È quest'ultimo tipo di decisioni che in prevalenza fa mostra di sé nelle assemblee; non si può certo però per questo affermare che esse rispecchino un potere del malato: contribuiscono, in maniera anche determinante, al formarsi di s*ovrastrutture comunitarie* che però hanno un senso solo fino a che non vengono negate, e non incidono comunque sulla contraddizione fondamentale. Qualsiasi di queste decisioni può in effetti esser presa al di fuori di ogni intervento di guida tecnica: ma già questo solo fatto dovrebbe renderle sospette, e dovrebbe svelare la sottile mistificazione costituita dal chiamare tutto ciò «

autogoverno ».

Se si sorvola sulla contraddizione fondamentale antagonistica fra l'istituzione, incaricata per mandato della esclusione della cura e della custodia, e il malato, oggetto di questa cura e di questa esclusione; se si pretende di far accettare di fatto questa esclusione al malato suggerendo a lui la possibilità di riappropriarsi, all'interno dell'istituzione dei suoi « diritti civili » collaborando in una formale ordinata gestione di tutte le contraddizioni interne all'istituzione, si finisce per montare uno strano meccanismo giocoso, che non ride di se stesso. Ogni gioco, d'altra parte, ha le sue regole, norme prefissate che non ammettono variazioni o «eccessi»: ogni errore nelle regole del gioco si paga. Ne consegue che ogni istituzione che decida di stare al gioco formalistico comunitario deve prevedere nel contempo, per compenso, dei meccanismi validi e forti per il controllo delle devianze. Ha almeno due vie sicure davanti a sé; la prima, di diventare una comunità terapeutica « guidata », che accetta esplicitamente la sanzione con le regole del gioco, e si fonda conseguentemente sulla persistenza al suo interno di sacche istituzionali chiuse in grado di assicurare la sanzione, pena la vanifica e la irrisione della guida. La seconda via è quella di permettere che la tensione inerente

alle contraddizioni istituzionali cresca in modo condizionato solo fino ad un limite oltre il quale interviene una autorità non coercitiva, persuasiva e interpretativa, che altrimenti non si palesa. Alla base di questa seconda via sta un chiaro potere tecnico medico che confida solo in se stesso, e sulla sua propria capacità interpretativa e risolutiva. Se anche questa sicurezza appare antitetica alla insicurezza di chi, seguendo il primo modello « comunitario » è ancora necessitato ad ammettere la violenza come contrappeso alla permissività, pure, dal punto di vista del potere del malato, il risultato appare identico.

Si è visto come neanche l'ospedale di Gorizia abbia potuto evitare tutte le regole di questo gioco istituzionale; anzi, a ben guardare, vi sarebbero tutte le premesse formali perché esso nel corso degli anni si fosse affinato fino al punto che l'équipe curante potesse trovarsi sempre e comunque in possesso degli assi; solo che, nel corso del processo di rovesciamento della istituzione asilare, l'azione dell'avanguardia parallelamente alla (intermittente) riscoperta del gioco comunitario ha intenzionalmente posto le basi anche per la sua negazione. Nel momento infatti in cui, sia pure in virtù di un « dono » dall'alto, il malato si è riappropriato della sua libertà di movimento, nel momento in cui l'apertura dei reparti è

stata spinta intenzionalmente fino alla sua estrema conseguenza logica, dell'apertura di tutto l'ospedale, i tradizionali meccanismi di controllo custodialistico sono messi di fatto fuori gioco; in questo momento anche la chiamata alla collaborazione comunitaria della massa dei pazienti dimostra i suoi limiti oggettivi, e si pone da sé in discussione. Forse questo può essere il margine reale di potere acquisito individualmente dal malato. Dinnanzi alla possibilità di contestazione, anche individuale e regressiva del singolo malato, quando essa si moltiplichi per la massa numerica dei ricoverati, la logica della contraddizione antagonistica fondamentale fra istituzione e malato, e tutti i meccanismi di copertura con i quali l'istituzione può tentare di riformare se stessa, entrano in certa misura in crisi. I limiti della permissività non possono più venir prefissati una volta per tutte, e soprattutto non possono più venir dettate le norme che assicurino in modo rigido la osservanza di questi limiti. Il potere per la formulazione delle decisioni reali rimane, come si è visto, anche nella situazione aperta nelle mani della istituzione, rappresentata ora dall'avanguardia; solo che non è più possibile che essa deleghi al malato un « autogoverno » che si conformi alle sue decisioni e alle sue finalità, e viene invece in misura notevole a sua volta controllata nella gestione del « governo » della istituzione. Certo, tutto rimane in una condizione di

possibilità dialettica; la contestazione del malato rimane pressoché sempre non organizzata, individualistica, talora regressiva, talora anche «malata»; ma è dalla *somma* di queste possibilità che scaturisce quella pressione di massa che tende, col suo riecheggiare anche all'esterno dell'istituzione, a mettere in crisi la contraddizione fondamentale. Solo quando siano aperte, all'interno del campo, *tutte* le possibilità comincia a dotarsi di senso una gestione comunitaria del margine di libertà e di potere personale acquisito dal malato nella istituzione. In questo caso non ci si potrà neanche meravigliare se i malati, accettando alcune regole convenzionali di convivenza comunitaria, non usano affatto di questo loro margine di potere per confermare l'ipotesi minacciosa dell'avvento di un « potere malato » che si esaurisca nella sterile contestazione regressiva e nella anomia.

Nella misura in cui il malato esce dal suo condizionamento istituzionalizzato, può anche cogliere il significato e le finalità dell'azione di rovesciamento istituzionale dell'avanguardia; e può quindi usare del suo margine di potere nel perseguimento, insieme con essa, di quella *finalità comune*, della quale si parla in altra parte di questo volume. La realtà di questa finalità comune riesce forse, in virtù anche della quota di potere apportatavi dal malato, a spostare i termini della contraddizione fondamentale; questa, in un certo senso non

si pone più fra l'istituzione e il suo oggetto di cura, bensì fra l'istituzione (che ritrova al suo interno, in un precario equilibrio, la finalità comune del rovesciamento delle sue caratteristiche asilari) e il contesto sociale (che tenderebbe invece ad esprimere una istituzione dal volto riformato ma dalle immutate finalità). La contraddizione principale si sposta in questo senso nel momento in cui la istituzione, anche per la partecipazione della «minacciosa» quota di contestazione espressa dal malato, inizia a diventare un problema per la società che la esprime. In questa prospettiva le contraddizioni interne che si manifestano nell'istituzione si subordinano in un ruolo secondario rispetto alla nuova contraddizione principale. All'interno del campo istituzionale possono, ora appena, giocarsi delle dinamiche fra i diversi ruoli e le diverse posizioni di potere che tendono a comporre dialetticamente tali contraddizioni. Il malato vi ha una parte reale, anche se non si « autogoverna ». È anche probabile che da questa sua partecipazione egli possa trarre un beneficio che il medico chiamerà «terapeutico»; ma dinnanzi a questa possibilità di partecipazione e contestazione in massa dei malati alle dinamiche istituzionali sarà ormai ben difficile che il potere tecnico-medico possa sentirsi rassicurato al punto da ritenere di aver trovato nell'« autogoverno » del malato di mente una nuova, più moderna, soluzione finale.

Agostino Pirella

La negazione dell’Ospedale Psichiatrico tradizionale

In un recente convegno organizzato da una Foundation Usa che raggruppa laureati di tutte le università della costa occidentale furono forniti, in via confidenziale, profili psichiatrici degli attuali leaders politici cinesi che li descrivevano come paranoidi. Si dimostrava in questo modo, su basi « scientifiche », che da un paranoide non ci si può aspettare che paura e minacce. Vi fu qualche osservazione riguardante il fatto che la presenza di forze armate Usa tutto intorno alla Cina non poteva dimostrare una volontà amichevole degli americani verso quel popolo. Ciò fu respinto come propaganda.

È questo un episodio (la cui fonte è seria e totalmente attendibile) [23] che vale sia come esempio di autofondazione della scienza che come automatica e clamorosa strumentalizzazione della scienza ai fini di stabilizzazione politica. Mentre il profilo dei leaders cinesi viene spacciato come « scientifico », la ovvia osservazione sulla presenza degli armati Usa in Asia si etichetta come « propaganda ». Il problema viene degradato a fatto indiscutibile.

D'altra parte la gestione « scientifica » dei problemi regge fino a che le contraddizioni tra potere scientifico e società, cioè tra la possibilità di servire realmente il cittadino nei suoi bisogni e il risultato concreto che si pone come risposta a questi bisogni, non divengono acutissime, ed esplodono in modo drammatico.

A questo punto vi sono due posizioni possibili per gli «operatori scientifici». Essi possono continuare a ignorare il nuovo problema aperto da queste contraddizioni, proseguendo nella gestione abituale e cercando se mai di coprire con affanno le crepe che si aprono continuamente. Qualcun altro, invece, può cominciare a porre l'urgenza di intervenire con decisione perché si rende conto che tutte le conoscenze e tutte le prassi consuete rischiano di crollare definitivamente dopo essere entrate in crisi. In tutte e due le scelte si assiste ad una risposta alla crisi, ad un tentativo di superamento, ma per mezzo del mantenimento ad ogni costo delle vecchie strutture nel primo caso, attraverso una risposta di rinnovamento che si vuol presentare come positivo e riassorbente le contraddizioni, nel secondo caso.

La psichiatria è diventata contemporaneamente, nel corso della sua breve storia, branca della medicina (e come tale presunto campo di operazioni diagnostiche e terapeutiche), scienza teorico-pratica di taluni comportamenti devianti individuali, gestione degli stessi in istituti chiamati Ospedali Psichiatrici o Centri d'igiene mentale. Tale fatto ha contribuito a far esplodere man mano contraddizioni crescenti che ritengo siano state, in Italia, ovattate e messe in sordina per molto tempo da operazioni collaterali di disimpegno, in connessione con

il mancato sviluppo della società postfascista. Non c'è dubbio ad esempio che la possibilità di evitare la chiusura in manicomio per coloro che potevano permettersi una degenza in casa di cura privata abbia contribuito a mantenere il drammatico fallimento della psichiatria in un silenzio quasi assoluto. Il malato di mente è stato per molti anni, ed è tuttora, colui che si può opprimere brutalmente, il cittadino privato dei suoi diritti. È colui che può essere privato della sua libertà personale, delle sue cose, dei suoi rapporti umani a tempo indeterminato, e che si domanda con pena: « che cosa ho fatto di male? » È colui che ha infranto una norma. È un «deviante». La psichiatria si è sbizzarrita per anni a costruirgli intorno un castello di criteri e di etichette, e si è, a sua volta, costituita come norma. La funzionalità delle norme sociali e delle norme scientifiche ai fini della stabilizzazione del sistema politico è dimostrabile ad ogni momento. C'è bisogno di richiamare nuovamente l'esempio dei profili psichiatrici dei leaders cinesi?

Una delle norme più tenaci e più autodifensive è quella che si riferisce al destino del malato di mente nella nostra società. Il malato di mente non può essere tollerato in società. Il suo modo di apparire e di vivere deve essere occultato e represso. Anche se la generosa distribuzione dei nuovi sedativi ha potuto contribuire a reprimere le apparenze più manifeste della « pazzia », l'atteggiamento

sociale verso il malato di mente non è mutato. L'infrazione alla norma del « vivere civile » deve essere punita con una particolare forma di reclusione, e con terapie terrifiche o sgradevoli. La realtà manicomiale costituiva e ancor oggi costituisce, in gran parte, una struttura punitiva molto efficiente, con punte di orrore che non sempre vengono ricordate. Si può dire che questa è la prima grande contraddizione tra ottimismo scientifico e realtà pratica. La violenza nuda, la manifesta oppressione delle istituzioni psichiatriche non si conciliano con i propositi scientifici della terapia, della riabilitazione. Poiché i luoghi dove vengono ricoverati i malati di mente si chiamano « ospedali », l'evidenza medica degli interventi diretti al « trattamento » dei comportamenti devianti tende ad entrare in contraddizione con ogni situazione apertamente oppressiva. Il limite grossolano e drammatico di questo atteggiamento, che spaccia per medico ciò che spesso è volgarmente terroristico, si ha soprattutto nell'utilizzazione punitiva di certe « terapie ». Si sa che l'intenzione punitiva può essere colta nella transazione tra chi è attivo e chi è passivo nel trattamento. Il fatto che negli ospedali psichiatrici si dica ad esempio: «se non stai buono ti faccio la puntura » (o l'elettroshock, o simili) significa, con piena legittimità, la presenza di una dinamica reale oppressiva che viene coperta da un'ingenua ideologia medica. La caduta in disuso di talune

« terapie », come la piretoterapia, lo shock cardiazolico, ecc., ne dimostra, tra l'altro, il significato apertamente punitivo non più accettabile da chi intende sostituirlo con un altro atteggiamento in cui la violenza sia più sottilmente e grossolanamente mascherata.

L'ideologia medica continua a mistificare. Uno psichiatra italiano ha infatti testualmente dichiarato ad un congresso a proposito dell'efficacia e della bontà di un farmaco, che, per la sua mancanza di sapore, si può somministrare di nascosto nei cibi: questo farmaco risolve « il problema della persuasione, diciamo pure qualche volta del necessario adescamento al ricovero di resistenti o protestatari, il ribelle diventa docile, diventa anche un agnellino talvolta! E nei casi più fortunati, se gli capita un torcicollo spastico da farmaco, è proprio lui che chiede l'opera del neuropsichiatra! Ben vengano dunque, in qualche caso, anche le sindromi neurodislettiche! » Dove si assiste, oltre tutto, ad una sorta di evidente razzismo che tende ad utilizzare anche gli sgradevoli effetti collaterali a fini di potenza oppressiva. La necessità di tenere conto della contraddizione conduce a forme sempre più accentuate di mistificazione. I ricoverati, dopo essere stati « adescati », ingannati, oppressi, sono ora allietati con recite, balli, attività varie, lavori, tutti spacciati per terapia. Affinché siano pronti alle due soluzioni preparate per loro dall'istituzione: la riabilitazione forzata, o

l’abitudine al luogo che dovrà essere ormai la loro casa [24] In entrambi i casi attraverso la perdita della loro personalità e l’emergere di una profonda dipendenza dagli altri.

L’infrazione alla norma del « vivere civile », l’incapacità di « stare al gioco », l’angoscia di vivere in un mondo che respinge ed opprime, si paga con questo passaggio all’istituzione totale.

Il medico che tende a non lasciarsi catturare dall’ideologia mistificatrice scopre questa contraddizione al suo primo contatto con il mondo della violenza istituzionale. Egli è entrato in questo mondo con strumenti che si sono rivelati subito inservibili ed avvelenati: di fronte a lui non stavano dei malati, ma un’istituzione della violenza.

Tuttavia, per scoprire e rendere evidente la violenza egli deve cominciare a negarla. Deve cioè riprendere in mano quel potere che ha delegato all’istituzione e che non maneggia più per « non sporcarsi le mani ». Ci sono infatti gli infermieri per legare, per immobilizzare, per chiudere a chiave nelle camere di sicurezza. La divisione del lavoro, la separazione tra lavoro intellettuale e manuale diviene anche qui motivo di privilegio. Il medico che nega l’ideologia nega la violenza nel suo farsi pratico. In realtà, vuole anche far emergere, dal buio del suo

mascheramento, l'oppressione nascosta. Comincia a maneggiare il suo potere per rifiutare la forza fisica e la chiusura dello spazio ristretto della camera, dei refettori, dei reparti. Inizia il suo movimento di negazione.

La negazione della chiusura implica immediatamente il rifiuto del mandato sociale. Un mandato che la società consegna affinché i ricoverati siano « custoditi » in modo che non possano nuocere e perdano perciò definitivamente la possibilità di compiere scelte autonome e responsabili. Lo psichiatra che rifiuta è un uomo che prende coscienza della contraddizione permanente ma occultata dalla ideologia medica, per cui una persona ridotta ad oggetto contro la sua volontà dovrebbe essere considerata « un malato come tutti gli altri ». Lo psichiatra cioè tende a rifiutare insieme il mandato sociale e l'ideologia medica che ne copre gli aspetti degradanti. Questo rifiuto, maturato in stretto contatto con la realtà dell'istituzione, si costruisce sia contro l'ideologia che contro la realtà concentrazio- naria che questa ideologia tende a nascondere o giustificare. Rifiuto dell'ideologia e negazione della realtà della violenza si trovano cosi congiunte a favorire una presa di coscienza di ciò che non si deve fare, di ciò che deve essere negato nella situazione concreta.

Appare con ciò evidente che le posizioni iniziali e la successiva « trasformazione » dell'ospedale sono nate

essenzialmente come negazione e rifiuto, e non come proposte già concluse e sperimentate. Il riferimento a modelli anglosassoni è sentito come semplice punto di appoggio e non come esercizio di ristrutturazione guidata. La negazione non implica un « positivo » cui riferirsi come ad un modello, ma il semplice rifiuto di perpetuare la istituzione, il tentativo di mutarla mettendola continuamente in crisi. Questo atto di negazione sistematica coinvolge non soltanto il ruolo tradizionale del medico (che si appropria così in persona prima del potere), ma anche i ruoli dell'infermiere e del malato. Si nega, e si contesta, il valore del ruolo del « buon malato », cioè del servo docile sempre pronto, il ruolo del malato regredito, del capo-infermiere autoritario. La negazione investe poi i rapporti, i riti istituzionali. Perché ogni iniziativa deve essere presa dall'alto? Perché al malato deve essere « donato » ciò che riceve? Partendo dalla negazione della violenza, che viene così smascherata, si giunge alla radicale negazione dell'istituzione, come luogo in cui ciascuno non decide mai di sé.

L'autorità, prima contraddizione.

È facile, in una tenace negazione della violenza, della manipolazione, del rapporto oggettivante-distanziante, che

maturi progressivamente il senso della negazione dell'autorità. La negazione della dipendenza, la valorizzazione della contestazione, sia nei rapporti con i degenti che dei membri dell'équipe curante tra loro hanno aperto modalità di rapporto che ponevano la necessità di una continua verifica, di una partecipazione globale e dettagliata alle scelte dei vari collettivi (reparti, gruppi, ecc.). Con ciò veniva a perdere senso oltre il tradizionale sviluppo gerarchico del potere, già ampiamente negato, anche il semplice rapporto di autorità, sia pure depurato da scorie oppressive.

L'ospedale si è dunque trovato in una prima contraddizione, storicamente comprensibile, dato che la negazione dell'autorità era stata compiuta inizialmente con un atto di intensa autorità da parte del direttore e dei medici. Tutto cioè si iniziava con un atto di potere, con ciò che in un altro scritto del presente volume viene definito come la riassunzione del potere, prima delegato al personale e all'istituzione, da parte dei medici. Il medico cominciava a negare attraverso un intenso atto autoritario, e la contraddizione nasce dal fatto che la negazione tende ad investire anche il rapporto di autorità. Mentre si andava smascherando il significato oppressivo di tutta una serie di comportamenti pseudomedici, e si affermava perciò la norma che l'oppressione, la violenza e l'autoritarismo cieco sono un « male », si sottolineava

anche, nei fatti, che l'uso autoritario del potere a fini di negazione poteva essere ancora un «bene». La norma, nata dalla negazione, veniva contemporaneamente affermata e negata nella realtà. In ciò la negazione della violenza appariva come « deviarne » rispetto ad una norma precedente istituzionalizzata e alle attese della società dei « sani ». Questa devianza esprime tutte le possibilità reali di contestazione che l'istituzione conserva, sottraendosi ad una sanzione automatica, ma non cristallizzandosi nemmeno come nuova norma. Mentre questo tipo di contestazione si sottrae infatti alla condanna istituzionale (cui invece i malati sono stati costretti), l'istituzione continua a vivere ponendosi ogni momento come norma e come sanzione. Norma contradditoria e perciò sempre aperta alla discussione e alla contestazione, ma anche sanzione, almeno nella misura in cui continua a segregare. Questa contraddizione investe tutti i rapporti istituzionali e si verifica con uguale intensità in tutti e tre i poli significativi dell'ospedale: degenti, medici, infermieri. Se ne vedranno più avanti degli esempi.

La norma, seconda contraddizione.

La negazione della violenza ha messo radicalmente in crisi l'ospedale, ma non ha dunque potuto costituirsi come

norma: la norma della negazione non ha potere né significato. La negazione non può diventare una norma. Di volta in volta, ciascuno dice che un gesto, un movimento, una scelta, è « bene » o « male » oppure che è « terapeutico », ma alla fine ci si rende conto che la istituzione è norma in se stessa, e che se si comincia a negare, bisogna giungere fino alla negazione globale dell'istituzione. Tra il negare la istituzione e il negare la possibilità di contestazione c'è spesso una contraddizione acutissima. È « bene » infatti ciò che si pone come possibilità di contestazione, di messa in crisi, ma è « male » ciò che appare come grosso inconveniente, come intralcio per tutti, come paralisi della vita associata. Un esempio istituzionale tipico è dato dalla infrazione di norme da parte di taluni degenti, come l'uscire dall'ospedale senza permesso, ubriacarsi, o comportarsi in modo da mettere in crisi la situazione. La discussione che si apre a questo punto dimostra spesso che questi atteggiamenti esprimono una risposta critica di contestazione al sistema istituzionale, obbligando ciascuno a prendere posizione, a ridefinire i rapporti, i ruoli, il senso stesso dello stare in ospedale. D'altra parte questa messa in crisi significa anche, sul piano della realtà, un rischio di «morte» per la vita dell'istituzione, un esempio di « male » che ciascuno cerca di occultare, di respingere, di escludere da sé. L'assunzione critica di

questi gesti distruttivi non è solo un fatto teorico ma un modo pratico di scegliere e di determinarsi nella realtà. Il male e il bene, non come norma etica, ma sociale e « scientifica », si ripropongono ad ogni istante come proposte di modellizzazione. D'altra parte lo scontro reale tra i vari membri della comunità non può aprire il discorso su ciò che si può intendere come norma, se si eccettua la norma molto generale della negazione della violenza, dell'oppressione fisica, della chiusura. È invece proprio lo scontro reale che orienta la situazione a scelte totalmente nuove, come la continua contestazione ad esempio, degli infermieri da parte di taluni degenti e dei medici da parte di taluni infermieri. Viene negato, nella messa in crisi del potere di decisione « scientifica », un aspetto tradizionale della cultura: il sapère depositato nelle menti di pochi privilegiati. Ciò che è stato chiamato « pensiero medico » (Tosquelles) presuppone un processo-guida per cui tutto ciò che ha luogo nel campo può e deve essere criticamente valutato e disposto in modelli di valore. La negazione di ciò passa per una fase di intenso disordine, ma può farsi verifica pratica attraverso il contributo di tutti i presenti alla elaborazione. La critica non rimane privilegio di chi ha il deposito della scienza. La possibilità di una verifica collettiva è ciò che propone la norma (sociale, scientifica) come norma da cercare, da inventare, nel rifiuto del « tecnicismo », della

difesa schematica delle proprie convinzioni. La contraddizione è qui di nuovo sia quella della divisione tra lavoro intellettuale e lavoro manuale, sia quella dello scontro tra esigenza reale, per l'ospedale, di rispondere ad una prestazione richiesta dalla società, e modo negativo di rispondere dall'interno, invenzione pratica che tende a rifiutare l'ideologia medica mistificata.

I malati come degenti, terza contraddizione.

Il ruolo dei malati è stato messo in crisi sia dalla riappropriazione dello spazio ospedaliero, sia dal contrasto tra questa riappropriazione «interna» e la esclusione esterna. Il malato di mente come irresponsabile, pericoloso a sé e agli altri, riconquista invece nella comunità possibilità di controllo. Partecipa a dibattiti, si muove nell'ambito dell'ospedale, perde la connotazione tradizionale a misura che l'istituzione si trasforma, a misura che il degente, assieme ai medici e agli infermieri, opera per trasformare. Tutto ciò sembra a molti una sorta di accorgimento tecnico per la riabilitazione. Il fatto decisivo è invece che la nuova libertà conquistata all'interno, mentre demolisce nella realtà il mito del malato di mente pericoloso, urta contro le barriere che la società mantiene, barriere psicologiche,

sociali ed economiche. Si comincia a prendere coscienza che la società produce i malati non in un banale senso causalistico ma come prodotti di esclusione, che la libertà interna può diventare un alibi per una più tenue, ovattata chiusura. Nel momento che può uscire dall'ospedale in permesso solo accompagnato, il degente è costretto a verificare che letteralmente « non è più un uomo », non è ritenuto responsabile dei suoi atti, e svela pertanto la contraddizione tra libertà interna ed oppressione esterna. Il richiamo all'attuale legislazione non può che rendere più goffo l'alibi di ritenere « malato » ciò che è soltanto l'oggetto dell'esclusione. I « malati » sono dunque dei degenti, dei ricoverati, in grado di verificare praticamente, insieme ai medici e agli infermieri, la contraddizione in cui sono costretti a vivere.

Medici e infermieri, quarta contraddizione.

Come si dice anche in altre parti del volume, la scelta dell'équipe medica è una scelta che sta all'inizio del movimento di negazione e che si pone nei termini di una leadership istituzionalmente legittima, anche se ogni momento contestabile. Le motivazioni socio-politiche, scientifiche, « umanitarie » che ne stanno alla base possono essere anche discusse. Ciò che però si evidenzia

in modo più nitido è la costituzione degli infermieri, di contro al- l'équipe medica, come un gruppo o una casta aventi interessi specifici, sorte comune e comuni problemi. Questo fatto non può che essere ovvio in una situazione istituzionale come un ospedale psichiatrico. Ma l'ovvietà della separatezza implica tutta una serie di differenziazioni che pongono il personale in una difficile oscillazione tra partecipazione alle scelte dell'équipe medica (con le implicazioni socio-culturali che ciò coinvolge) e contestazione pura dell'équipe (con parziale mimesi del ruolo del degente, e richiesta di autonomia). La discussione che viene pubblicata nel volume sul problema dell'apertura dei reparti pone molto chiaramente il problema del rapporto tra avanguardia che apre e personale che può o no esserne coinvolto. Sarebbe piuttosto facile affermare che il personale si riconosce come gruppo per un atteggiamento di difesa dall'ansia della situazione nuova. Nella realtà le cose non possono non essere più complicate, anche perché chi scrive è un medico e non può non avvertire il rischio di porsi come giudice esterno. Questo aspetto contradditorio sembra in sostanza far parte di una più ampia contraddizione tra autonomia e dipendenza, contestazione e libertà, che trova sue parziali « soluzioni » nella costituzione di un gruppo omogeneo, e, al limite, di una classe. L'esempio che verrà portato, sullo sciopero del personale, potrà contribuire a

chiarire questo punto.

Contraddizioni e realtà istituzionale.

La fine dell'istituzione chiusa, capace di occultare le sue contraddizioni, di sopprimere ogni protesta per la buona coscienza dell 'establishment, ha « prodotto » la manifestazione di ciò che abbiamo un po' schematicamente raggruppato nei quattro paragrafi precedenti. In essi abbiamo incorniciato, per cosi dire, gli aspetti concettuali che si riferiscono a realtà vissute quotidianamente nell'ospedale, discusse nelle varie riunioni, interpretate più volte, e non solo dai membri dell'equipe medica, come crisi, come contraddizione, talvolta come sconfitta, mai giudicate con distacco e « serenità » scientifiche, ma partecipate dal di dentro, e agite come situazioni in cui negare l'istituzione significa negare se stessi come rappresentanti del potere oppressivo e dell'ideologia che lo giustifica.

Esamineremo pertanto alcune questioni istituzionali che ci sono sembrate le più significative, e le più vicine a queste crisi, più investite da esse.

Il trasferimento di reparto. Solitamente, negli ospedali tradizionali, il trasferimento di reparto è disposto dal

medico o dall'infermiere sulla base di esigenze organizzative (disponibilità di posti), tecniche (esigenza di speciali «trattamenti»), mediche (tipo di malattia), punitive o «di sicurezza» (reparto agitati, disturbed ward), ecc. Il desiderio di essere trasferito ad altro reparto espresso dal degente viene preso raramente in considerazione, ma ancora più raramente viene espresso, poiché il degente si abitua presto all'idea che i suoi desideri non sono significativi.

La negazione del reparto agitati, nell'Ospedale di Gorizia, ha portato a far concentrare per un certo tempo l'attenzione di tutti [25] sugli unici due reparti chiusi, uno maschile e uno femminile. In essi erano rimasti degenti seriamente istituzionalizzati, assieme ad un certo numero di coloro che nel passato avevano presentato dei problemi di comportamento. Nel corso delle assemblee, nel corso della vita stessa dell'ospedale « andare al reparto C » voleva dire di volta in volta una sanzione, essere « matti », essere sgraditi. Il reparto C, l'unico chiuso, diveniva come il luogo dell'esclusione all'interno dell'ospedale. A questo punto apparve chiaro che l'ospedale doveva impegnarsi a non trasferire più nessuno in questi reparti, a trasferire viceversa da questi reparti agli altri reparti aperti, e a giungere infine all'apertura dei due ultimi reparti chiusi. Appariva cosi chiaro a tutti che nessun atteggiamento « medico » avrebbe potuto mascherare la

violenza della chiusura, che nessuna infrazione alla norma poteva giustificare la chiusura in un reparto degradato.

Questo tipo di impegno non si è svolto senza crisi, e vi fu anche un episodio che significò una clamorosa contraddizione. La crisi è corrisposta alla tensione di ciascuno affinché i problemi creati dalla convivenza in un reparto vengano affrontati nel reparto stesso e non si mascherino con l'allontanamento del degente; al punto che oggi infermieri, medici e degenti sono spesso concordi nel portare in discussione il problema ad esempio di un comportamento disturbante senza ricorrere alla regressiva misura del trasferimento. Se un degente disturba appare ovvio ormai chiedersi perché disturba e approfondire la questione non tanto perché sia « risolta » quanto, al principio, perché sia « compresa », avvicinata e non distanziata. L'argomento principale che sembra avere fatto breccia è quello secondo cui è assurdo far sopportare ad un altro reparto una persona che disturba; è molto più facile che riesca ad affrontare il problema il reparto di origine che quello di invio, anche ammesso che il degente in questione voglia trasferirvisi. Tipica a questo proposito una discussione su un degente che aveva compiuto qualche gesto di violenza impulsiva contro degli oggetti, e che sembrava dovesse subire un processo di esclusione abbastanza netto. Il reparto si rese improvvisamente conto che non sapeva nulla di questo degente, il quale in fondo

era già stato escluso dal reparto prima ancora di compiere questo gesto. Se Tatto di violenza aveva contribuito a mettere in crisi il reparto, l'assurdità del trasferimento non poteva non apparire evidente. Solo occupandosi anche di questo amico lontano si sarebbe potuto giungere ad un giudizio reale (e non mitico, fantasmatizzato) su di lui. In questo caso il livello di tensione del reparto poteva essere considerato utile ai fini della verifica pratica di cui si è scritto nelle pagine precedenti.

Appare evidente che se il livello di tensione cresce oltre ad un certo limite, si rischia di cadete in una situazione di panico. Ciò è accaduto una volta sola, nel reparto accettazione uomini (dopo la decisione di non trasferire alcuno al reparto C), per un degente la cui situazione seriamente ansiosa era punteggiata dallo scaricamento distruttivo contro persone e cose. Le possibilità di confronto e di partecipazione erano gravemente compromesse dalla modalità di rapporto con l'istituzione. Il progetto di distruggere i rapporti comunitari e di danneggiare in modo sensibile la convivenza fu espresso da questo degente con sufficiente chiarezza. L'assoluta necessità di ottenere un breve periodo di sosta nel movimento di contestazione caotica e regredita consigliò il trasferimento nel reparto chiuso, che veniva tra l'altro provocatoriamente chiesto a gran voce da questo degente. Ciò apri un lungo dibattito, in tutte le

sedi; se ne ha una parziale testimonianza nella documentazione della assemblea di comunità pubblicata integralmente in questo volume.

Il problema è contraddittorio perché coinvolge, tra l'altro, l'immagine che di sé hanno i degenti. Per lunghi anni, e secondo modelli stereotipi secolari comuni ai cosiddetti « normali », essi hanno con sé un'immagine del « matto » come di colui che non riesce a vivere come gli altri, che rompe ogni rapporto, che risponde in modo distruttivo all'ansia che non riesce a tollerare. Proprio il degente di cui sopra riferiva in un colloquio al medico la nostalgia del buon tempo andato, quando, trasferito nel reparto agitati, poteva girare nudo, masturbarsi di fronte agli altri, regredire in una contestazione sfrenata. Ed inoltre denunciava la chiusura persistente di un reparto (a quell'epoca infatti il reparto C era ancora chiuso) come la convinzione dei medici che in fondo un reparto chiuso era ancora necessario, che si dovevano prevedere casi come il suo, che il meccanismo dell'esclusione, della punizione doveva scattare ancora.

Il degente in questione è ora stato dimesso, avendo superato la crisi in circa due mesi. L'apertura dell'ultimo reparto ha oggi reso impossibile una « soluzione » di questo tipo. L'istituzione ha bisogno di inventare nuovi modi di rapporto, o forse l'apertura di tutti i reparti significa anche la caduta della contestazione regredita?

Anche l'esistenza di un reparto altamente specializzato per alcolisti ha posto più volte il problema dei criteri di trasferimento. Un saggio del presente volume è dedicato a ciò. Resta da dire che solo una scelta personale del paziente avrebbe potuto tagliare il nodo della autorità medica che si sovrappone all'istituzione. In realtà è emerso con molta chiarezza che il reparto specialistico nel nostro ospedale è intimamente contraddittorio. La negazione dei criteri di trasferimento è divenuta negazione del trasferimento. I trasferimenti attuati nell'ultimo anno sono stati tutti trasferimenti richiesti dal degente e discussi a lungo fra tutti gli interessati (reparto di origine, reparto di destinazione). Appare chiaro che ciò può portare a situazioni di blocco, come quella che si è verificata una volta in un reparto di accettazione, dove il temporaneo ed eccezionale sovraccarico di degenti aveva posto la necessità di uno smaltimento (quanto meno per la notte) in altro reparto. Si giunse, dopo una lunga discussione, a scegliere secondo criteri non medici (giovane età, ad esempio) un certo numero di persone da designare con l'estrazione a sorte. È ovvio che ciò non significa che si è trovata una comoda norma per la soluzionè del problema nel caso si dovesse ripresentare. I problemi esistono e si affrontano nella misura in cui non ci siano soluzioni istituzionali preformate che diventino (o rischino di diventare) nuovamente oppressione.

Cosi i reparti dell'ospedale si differenziano oggi in base a due elementi fondamentali. Il primo è il fatto distintivo dell'accettazione o meno dei degenti di prima ammissione. La differenza tra breve-degenti e lungo-degenti, di cui si dirà più avanti, è una delle caratteristiche più vivaci dell'attuale dinamica istituzionale. Il secondo è dato dalle caratteristiche interne del reparto: la maggiore o minore comodità, il numero dei degenti, la loro maggiore o minore « rispettabilità » sociale. I due reparti C, aperti da poco, sono meno « rispettabili », ad esempio, e meno forniti di comodità. L'esclusione interna passa, anche, attraverso questi elementi.

Breve-degenti e lungo-degenti. Un altro elemento di esclusione interna è dato dalla presenza, nel campo ospedaliero, di degenti che sanno di restare in ospedale (e vi restano di fatto) poche settimane. Alcuni di essi sono stati ricoverati don la mutua, altri, pochi, pagano direttamente la retta [26] Il confronto, nelle varie occasioni di vita comunitaria, con gli altri degenti, che sono in ospedale da anni, ha inizialmente creato una situazione di scontro, di contrapposizione, che trova le sue radici in profondi motivi di disagio di fronte alla « diversità » istituzionale. Proprio la presenza di due reparti chiusi poneva, fino a poco tempo fa, la delimitazione, giustificata

nei fatti. « Speriamo che non debba andare al C » si diceva in giro scherzosamente, come uno dice, da fuori, « sei uno da manicomio ». Il C come « manicomio » è stato negato nel momento della sua apertura. Ma restano altre contrapposizioni, una delle quali socio-economica, un'altra prevalentemente culturale. Il breve-degente, con la sua mutua, con il suo intimo e prossimo legame con l'esterno, marcava ancora più crudamente lo stato di abbandono e di solitudine del lungo-degente. La disponibilità di denaro è piuttosto ampia per il breve-degente, molto scarsa per gli altri. L'abbigliamento del primo è curato, quasi elegante, del secondo meno vivace, meno simile a quello del « mondo esterno », particolarmente per le donne. Le eccezioni, in questo senso, tra i lungo-degenti, hanno permesso progressivamente un riavvicinamento che oggi appare crescente. Il momento di assimilazione pare essere più il sentimento della comune esclusione sociale che quello della malattia. Citiamo da una assemblea di comunità.

BREVE-DEGENTE A Guardi, adesso io dico una cosa della quale forse lei non è convinto. Ieri sera qualcuno ha detto: vedete, i signori che sono qui dentro, vengono in villeggiatura, non è più il manicomio di una volta, vengono in villeggiatura per cosi e colà, stanno bene qui dentro.

BREVE-DEGENTE B Si è fatto qualcosa, si è fatto quello che non si poteva fare vent'anni fa.

BREVE-DEGENTE A Guardi, io vengo da Venezia, non so se sono un ammalato difficile o meno, non so, questo lo devono dire i medici, ma mi hanno consigliato... non possiamo mica scappare fuori, perché è ridicolo, ci portano dentro subito. Però ci sono tante persone a cui non piace andarsene fuori, a certi dispiace andarsene fuori, appunto perché la società li respinge, la società li respinge, perché? Chi dà fiducia ad un ammalato che è stato dieci anni, quindici anni anche? è sempre stato in un manicomio. Eppure la malattia mentale è come un'altra malattia, del cuore, dei polmoni.

BREVE-DEGENTE B E lei questo lo trova comprensibile o no? Lei trova comprensibile che il signor X domani volendo pigliare alle sue dipendenze una persona...

BREVE-DEGENTE A Lo deve prendere con una certa riserva, questo è logico; ma lo so che è così, sarà anche così...

La condizione comune non è dunque la malattia, ma l'essere o l'essere stati ricoverati in ospedale psichiatrico e subire o aver subito un processo di esclusione. Esclusione sociale, in generale, ma esclusione familiare, in molti casi, cui i breve-degenti sono pure sensibili.

BREVE-DEGENTE Perché sono stati mandati qui? perché

fuori non potevano stare, perché fuori ledevano la società nella quale vivevano, e allora sono venuti qui.

LUNGO-DEGENTE Non è vero quello che dice lei, ci sono tanti che li portano qui per liberarsene.

BREVE-DEGENTE E allora perché se ne vogliono liberare, dica lei. Perché danno noia, pesano.

Il breve-degente comincia a rendersi conto che uno dei motivi del ricovero è il « dar noia ». Ed è significativo che il lungo-degente sia stato in grado di contrapporre il suo sentimento di esclusione in termini éhe sono risultati accettabili.

D'altra parte per lungo tempo, e forse ancora oggi, il breve-degente ha cercato di difendersi dalla presenza fastidiosa del lungo-degente nelle varie occasioni di vita comunitaria (bar, ballo, riunioni, gite) tentando di allontanarlo da sé, di costituirlo come colui che deve rimanere escluso. Dai dibattiti questa dinamica è apparsa simile a quella dei familiari nei confronti del breve-degente. Questa analogia ha condotto quest'ultimo a riflettere sulla sua condizione e a confrontarsi, in modo più dialettico, con il lungo-degente. Nei confronti della società esterna, non c'è dubbio che il breve-degente si senta (e sia sentito dagli altri) più vicino, meno escluso. D'altra parte egli è anche il più vicino alla crisi del distacco, al problema dei rapporti critici con l'esterno, il

più distante dall’istituzionalizzazione. Per negare l’istituzione della violenza egli sembra il più adatto, il più prossimo alla possibilità di una responsabilizzazione. In realtà, proprio per escludere gli altri, il breve-degente tenta di porre per sé il privilegio della istituzione « buona », e talvolta si adopera per disimpegnarsi dal coinvolgimento che l’istituzione opera su di lui. Ma presto si accorge che non esiste istituzione « buona » che non sia anche « cattiva », che non opponga la seconda faccia, quella della violenza, a chi non si adegua nel momento in cui si esige una differenza tra « buoni » e « cattivi ». La contraddizione si apre proprio nel momento in cui la norma di questa distinzione viene propugnata dal breve-degente a suo esclusivo vantaggio. Ognuno allora pretende per sé questo vantaggio, si batte affinché la norma « stia dalla sua parte ». I lungo-degenti dicono che « quelli del reparto A » sono egoisti, « vengono in villeggiatura ». Gli altri rispondono che hanno bisogno di cure e che « sono malati anche loro». Sentono cioè il bisogno di una condizione analoga. Come si è visto poi, in livelli successivi di approfondimento, emerge una dinamica comune di tipo diverso.

I farmaci e la negazione medica. La negazione dell’ospedale tradizionale è passata, come si è visto, attraverso la negazione della violenza e della oppressione

che precedevano ed accompagnavano la somministrazione di determinati trattamenti «terapeutici». Ancora oggi, dopo la rarefazione o la scomparsa di certi trattamenti somatici, un posto di grande importanza occupa la somministrazione di farmaci. Non c'è dubbio che il potere medico passi attraverso questa modalità di rapporto, anche indipendentemente (nella misura in cui ciò è possibile) da condizionamenti istituzionali. Porsi di fronte ad un degente e dirgli: « lei ha bisogno di questo farmaco » significa porsi come potere e non come semplice consulente. Ciò tende, al limite, a rendere mistificata o inutile la lotta contro l'oppressione, se io, medico, conservo questo enorme potere di dominio e di controllo mediati attraverso il farmaco psicotropo. Si apre a questo punto una questione che rappresenta una precisa contraddizione reale, pratica. Negare la violenza significa negare le sfumature di violenza che il farmaco psicotropo porta con sé: la sonnolenza, la difficoltà a concentrarsi, l'astenia, gli sgradevoli effetti collaterali, ma significa direttamente negare la prescrizione del farmaco? Negare l'ospedale tradizionale significa negare l'ospedale *tout court*? Ci sono stati dei momenti, nel corso della nostra storia comunitaria, che sembrava di dover dare una risposta positiva a questi quesiti. Mettere in discussione questi problemi ha significato talvolta giungere a scelte responsabili da parte di degenti che hanno rifiutato il

farmaco. Nel dibattito si è detto da più di uno che l'eventuale necessità di una somministrazione sarebbe emersa come fatto controllabile collettivamente e non più per un esclusivo giudizio del medico. Rimaneva l'ansia generale per questo rifiuto. Ma se il personale accettava questa ansia, era perché voleva provare a condividere l'ansia possibile del degente, trovare un nuovo punto di contatto con lui, essere disponibile e libero da condizionamenti culturali e scientisti. In altre occasioni si è deciso che si sarebbe comunque offerta al degente la medicina, senza insistere, ed accettando la discussione dopo il rifiuto. Ciò ha aperto ovviamente, sul versante medico, la questione della medicazione necessaria per i sofferenti di epilessia, che non possono tralasciarla, e ciò è apparso come un caso di messa in crisi dell'istituzione.

L'uso dell'autorità medica entra cioè in una dimensione oppressiva se si inscrive in una cornice istituzionale rigida e non contestabile; ma, d'altra parte, se accetta di essere contestata deve accettare il rischio di talune conseguenze. La rinuncia alla responsabilità non sembra essere un'accettabile alternativa alla modalità oppressiva di rapporto.

Il personale e l'istituzione. Nel corso di un'assemblea di comunità si discuteva dell'organizzazione di una gara di briscola, proposta partita da un reparto, da un gruppo di

degenti ed infermieri di un reparto. Si era deciso, in questo reparto, che la quota di iscrizione alla gara sarebbe stata differenziata: gli infermieri avrebbero pagato il doppio. Diamo qui alcune battute della discussione.

INFERMIERE A Adesso non critico la differenza di quota, ma questo non è mai stato discusso con gli infermieri se va bene o non va bene.

MEDICO A Scusi, ma c'è un comitato, un gruppo di persone che organizzano qualche cosa, che organizzano ponendo delle regole, per cui gli altri possono partecipare o non partecipare.

DEGENTE A Però è giusto che altre persone possano fare delle osservazioni.

MEDICO A Sì, perché quello che voleva dire l'infermiere A era questo, mi pare, che questo gruppo potrebbe discutere, e sentire così l'opinione degli altri. È un gruppo di persone che organizza qualcosa e poi la mette in discussione. È chiaro che se c'è da cambiare qualcosa va cambiato.

DEGENTE A Gara di briscola o altro, se la tassa d'iscrizione è unica, cioè tutti sullo stesso piano, ci sono state delle persone che hanno detto: no, non è giusto.

MEDICO A A me pare che l'infermiere A volesse sapere se a questo gruppo partecipano anche degli infermieri.

DEGENTE B Possono partecipare anche gli infermieri?

DEGENTE C Anche i dottori. Ci sono anche gli infermieri. C'è l'infermiere B che fa parte del comitato organizzatore. Io l'ho portata qui fresca, la proposta, per discutere qui; non è stata presa finora nessuna decisione.

MEDICO B Mi sembra una cosa importante questa, che si metta in discussione la possibilità o no che un gruppo di persone della comunità prendano l'iniziativa. Mi pare che venga discussa o in qualche modo criticata questa iniziativa, questa possibilità d'iniziativa di un gruppo di persone, tra cui medici, infermieri, degenti. Dicevo che sarebbe interessante che gli infermieri A e C che hanno criticato, chiarissero se secondo loro questa iniziativa, prima di nascere, doveva passare attraverso una serie di controlli, anche se era una cosa legittima. A sentire gli infermieri A e C, se un infermiere partecipa ad* una iniziativa dovrebbe prima sentire gli altri infermieri. Allora, a questo punto, mi sembra che la cosa vada chiarita. Perché allora un degente che partecipa ad una iniziativa dovrebbe sentire prima tutti gli altri degenti, il medico che partecipa ad una iniziativa dovrebbe sentire tutti i medici.

Nel corso del dibàttito è stato poi chiarito che

l’intenzione dell’infermiere A era di approfondire la questione, « sentire ciò che dice la comunità »; tuttavia resta il problema che gli infermieri tendono a rispondere alla nuova situazione con una crescente disponibilità personale collegata però ad un profondo bisogno di costituirsi come classe. Un episodio fondamentale è rappresentato dallo sciopero del personale.

L’astensione, decisa autonomamente dal sindacato nelle sue modalità, prevedeva l’assenza della metà degli infermieri di reparto e della totalità di quelli dei servizi generali. Ciò, mentre rischiava di porre radicalmente in crisi il lavoro istituzionale, veniva vissuto dagli altri componenti della comunità in modo contrastante.

Una maggioranza di degenti non esprimeva dissenso ma anzi, in certe punte avanzate, una attiva solidarietà, espressa addirittura in una assemblea come rifiuto di svolgere lavori sostitutivi rinviabili. Altri degenti hanno manifestato insofferenza e disagio; in uri caso anche con proteste vibrate. Lo stesso contrasto poteva rintracciarsi nell’equipe medica. Anche se non era assolutamente messo in discussione da alcuno il diritto di sciopero, si faceva osservare chè le sue modalità avrebbero potuto essere meno rigide, e che inoltre era purtroppo possibile una strumentalizzazione attiva dell’agitazione non tanto contro il datore di lavoro, quanto contro il nuovo sistema istituzionale. Su questo problema si aprirono vivaci

contrasti, ma un punto appariva ovvio. Il personale trovava un suo momento di identificazione e di forza nel riuscire a differenziarsi dai degenti, largamente impotenti di fronte al bisogno, privati di ogni diritto di sciopero, nell'impossibilità di recarsi davanti alla sede dell'Amministrazione con cartelli e fischietti, come fecero compatti gli infermieri. Fu in realtà una protesta inconsueta e insolitamente ampia. Un sindacalista, un politico, avrebbero parlato di « maturità operaia ». Non c'è dubbio, almeno, che si sia trattato di un esempio antistituzionale, di un esempio di contestazione. L'accettazione talvolta passiva della nuova situazione si riscattava con un atto di presenza attiva, di scelta, che metteva in stato di tensione, improvvisamente, i rapporti con i degenti e con l'équipe medica. Mentre rispetto i primi si trattava, come si è detto, di una scelta di differenziazione, verso la seconda la dinamica è risultata meno netta, collocata fondamentalmente in una zona di sfida al potere medico, sempre visto come oppressivo, anche se non sul piano burocratico-disciplinare. Riteniamo utile a questo proposito citare le parole con cui un rappresentante « libero » del personale (cioè non particolarmente legato alla commissione interna o al sindacato) è intervenuto nel corso di un'assemblea di comunità che doveva fare il punto sulla situazione rispettiva ai tre poli significativi dell'ospedale.

« La responsabilizzazione aumenta la nostra efficienza professionale e crea una maggiore disponibilità iniziale che però a lungo andare tende a regredire non trovando alcuna corresponsione ed arrivando anzi in certe situazioni a mezzo strumentalizzante. L'unione porta ad un lavoro d'equipe che è quanto di più augurabile ci possa essere in una comunità come la nostra con fini terapeutici. Una comunità però per essere tale deve riconoscere a tutti quelli che ne fanno parte gli stessi diritti, ma quando le nostre opinioni e decisioni vengono discusse e accettate solo se concordi con programmi già in precedenza fatti dal personale medico, noi non ci sentiamo parte, ma utili ad esso; per cui noi ci troviamo ad affrontare situazioni sempre nuove che spesso creano in noi stati d'ansia, accettati perché convinti della bontà del sistema, ma difficili da superare appunto perché sentiamo la poca considerazione in cui siamo tenuti. Vorremmo però chiarire bene il concetto che per noi il sistema non viene identificato in nessuna persona, per cui le difficoltà di rapporto, pur influendo naturalmente sul rendimento, non hanno pregiudicato le finalità e lo scopo essenziale, cioè il miglioramento e il reinserimento del degente nella società, che è quanto tutti noi vogliamo ».

Sembra essere sufficientemente chiaro che U dialettica tra disponibilità e contestazione pone il personale in una contraddizione non facile da superare. Essere disponibili

senza cadere nella dipendenza istituzionale, in altre parole « riuscire ad essere autonomi » pone il problema al suo livello più alto.

Di fronte alle molte questioni aperte e alle contraddizioni smascherate dal processo di negazione, può sembrare insufficiente l'affermazione che la vita dell'ospedale continua attraverso questi nodi, con la coscienza di non poter superare le contraddizioni perché esse non sono altro che una delle manifestazioni di antagonismi insanabili nella società « esterna ». D'altra parte il passare attraverso i nodi non significa risolvere problemi terapeutici o *tout court* problemi sociali che trovano il loro rinvio nella progettazione di soluzioni politiche globali. Il disegno dunque sembra diventare o troppo ambizioso o ineffabile, perdersi nell'utopia o nella banalità quotidiana.

Tuttavia la negazione dell'ospedale tradizionale, che si fa giorno per giorno, accumulando esperienze, segnando talvolta il passo, facendo durare la tensione, coinvolgendo un sempre maggior numero di persone (degenti, parenti, tecnici, politici), diventa significativa proprio perché riesce a trasformare in senso qualitativo ciò che è opaca, elementare quantità: il numero dei reparti aperti, il numero di coloro che cominciano il confronto delle idee, il numero dei degenti che partecipano alle varie attività

indipendentemente da ogni diretta sollecitazione paternalistica o pseudotecnica, ecc. Ciò che viene sentito di volta in volta come « conquista », l'apertura dell'ultimo reparto, l'aumento del numero di degenti al soggiorno montano, l'aumento del numero di coloro che escono in permesso, della frequenza dei permessi, e cosi via, si sviluppa come apparente riformismo, ma si collega in modo preciso con l'atto di negazione iniziale.

Un'altra questione che dovrebbe ricevere chiarimento è quella che si riferisce alla negazione dell'autorità. La negazione della violenza senza negazione dell'autorità - si dice - non può che portare o a un paternalismo bonario ma ugualmente oppressivo o ad atteggiamenti di marca scientista che pretendono di tutto prevedere e tutto chiarire. Entrambi non possono essere che la mistificazione del confronto e della contestazione reciproca. È da notare, tuttavia, che esiste anche un atteggiamento di negazione che passa attraverso questo problema, e cioè quello della negazione dell'esclusione. Negare l'esclusione (e quindi la violenza e l'oppressione che ne sono gli strumenti immediatamente efficaci) non significa non essere autoritari. Scriveva Engels che « una rivoluzione è certamente la cosa più autoritaria che ci sia » [27]L'autorità può essere prevaricazione ma non si identifica con la prevaricazione. Un esempio può essere visto nella diade medico-infermiere, in cui l'autorità

dell'uno può di volta in volta, in quanto prevaricatrice, far scatenare su altri, solitamente i degenti, le tensioni irrisolte. L'atteggiamento burocratico- disciplinare, in uso negli ospedali tradizionali, è autoritario e istituzionalmente violento, anche se mascherato da apparenze fredde, cortesi o addirittura bonarie. Esporsi con atteggiamenti autoritari alla contestazione altrui, al limite alla contestazione dell'intera istituzione, è l'esperienza più importante che può compiere una persona che voglia passare da una leadership istituzionale a una leadership reale. Ciò non significa che si costruisca una situazione di leadership totalmente condivisa che non può non essere utopica [28] ma che si lotti per la negazione della violenza istituzionale attraverso una fase di passaggio, in cui alla supina accettazione del ruolo prevaricatore si sostituisca il rifiuto di questo ruolo e l'uso del potere per la trasformazione e la presa di coscienza sociali.

Il rischio che ciò non sia verificato è enorme. Bisogna esserne consapevoli, e non stancarsi mai di accettare e chiedere il confronto con la realtà.

Letizia Jervis Comba

C donne: l'ultimo reparto chiuso

D Dottore, è da molti anni che lei lavora qui?

DOTTORE Dal 1945. Avevo il B, C É D donne. Per quindici anni ho avuto tutti e tre i reparti.

D C'era una differenza fra il C donne e gli altri reparti in passato? Era un reparto con caratteristiche particolari?

DOTTORE C'era una caratteristica per ogni reparto: cioè al B erano le più agitate, al C erano le inferme fisicamente, e al D erano le cosiddette lavoratrici.

D E da quando il reparto ha preso l'aspetto che ha adesso? Come è cambiato negli anni?

DOTTORE Dopo che è venuto il professor Basaglia le cose sono cambiate. Prima, le malate che erano agitate venivano mandate al B, e se si calmavano potevano andare negli altri reparti, il C o il D: non venivano mandate al B come castigo, ma perché il personale e tutto l'insieme erano più attrezzati per custodirle. C'erano anche più celle, al B. Il C è stato fatto come adesso quando si è aperto il B: naturalmente tutte le ammalate del B si sono dovute smistare, e si sono dovute scegliere le migliori per lasciarle al B. Ma sono andate via quasi tutte dal B, perché erano le peggiori.

D E sono venute al C?

DOTTORE Sono venute quasi tutte al C: quelle che avevano tendenza alla fuga, quelle che avevano

qualche tendenza erotica. Le ammalate fisicamente, quelle che erano già al C, ci sono rimaste. Man mano che si è aperto il D, anche alcune di quel reparto sono venute al C.

D E in questi cinque anni, sono state mandate al C anche malate che ci restavano per un breve periodo di tempo?

DOTTORE Come punizione? Be', c'è stato un lungo periodo in cui le malate venivano minacciate di essere mandate al C.

D Quindi il reparto C ha preso il posto del reparto B.

DOTTORE Si, naturalmente senza le contenzioni, si sono subito eliminati tutti i corpetti, e dopo poco anche i letti di contenzione. I letti a rete sono durati ancora un anno, mi pare, e poi non erano più per le agitate quanto per le epilettiche o per le vecchiette che si alzavano continuamente dal letto. Ma era bruttissimo, anche se non era una contenzione crudele: a vedere era brutto, soprattutto.

D Da quand'è che non si adopera più il C come reparto,diciamo, di «punizione»?

DOTTORE Da due anni circa. Fino a due anni fa c'era ancora questa abitudine di dire « ti mando al C ». E si faceva. Ma era più che altro una minaccia: poi c'era spesso una scusa per non mandarle, ma era una specie di spada di Damocle.

D Ma questo è accaduto da quando il C è rimasto l'ultimo reparto chiuso, no? Allora le caratteristiche del reparto hanno assunto una connotazione peggiorativa!

DOTTORE Si, ma le caratteristiche sono peggiorate perché i peggiori elementi sono stati messi al C. Quindi, effettivamente, è stato in grazie ai reparti C che si sono potuti aprire gli altri reparti.

D Lei pensa che sia esistita una grossa differenza tra i due reparti C, maschile e femminile, a parte il diverso numero dei degenti? In altri termini, come mai il C uomini si è aperto quando il C donne era ancona chiuso?

DOTTORE Prima di tutto negli uomini non c'è il problema delle tendenze erotiche. Poi ci sono più donne, secondo me, che hanno tendenza a fuggire, o che sembra che abbiano tendenza a fuggire. Mentre come violenza, mi pare che quando succede una baruffa, gli uomini sono più violenti.

D Ma, visto che c'era questa tendenza a fuggire da parte delle donne, come mai negli ultimi tempi si è visto che quasi nessuna di loro voleva lasciare il reparto chiuso per trasferirsi in un padiglione aperto?

DOTTORE Be', prima di tutto perché son donne. Hanno più tendenza a restare nel proprio ambiente, nella propria casa: e poi, forse anche sono state trattate meglio dalle infermiere che gli uomini dagli

infermieri. Lei può sentire che a volte le infermiere alzano la voce, ma in fondo vogliono sempre bene alle loro malate. Già in passato le infermiere regalavano qualcosa alle malate, biscotti, cioccolatini, e se le portavano a casa, anche a pranzo. Del resto, le donne non hanno mai espresso il desiderio di andare a fare due passi, come gli uomini, che hanno questa gran voglia di uscire. Le donne più che altro chiedevano di tornare a casa, ma non di uscire per andare in giardino.

D Lei pensa che l'attaccamento delle infermiere per le malate abbia avuto un peso nel determinare questo fatto?

DOTTORE Certo le malate sono più istituzionalizzate da noi che dagli uomini: del resto anche le infermiere. Eh, l'abitudine continua di fare anni e anni la stessa cosa, rimane.

La storia del reparto C donne può essere scritta, come tutte le storie, con date, cifre, indicazione di avvenimenti: i « fatti ». Forse, meno freddamente, può essere vissuta attraverso gli occhi di chi ci ha lavorato degli anni. Ma perché cerchiamo di rintracciare questo passato?

L'ultimo reparto chiuso dell'ospedale contiene nell'ottobre 1967 cento ricoverate: e nessun « fatto » potrà darci la misura della violenza che ha emarginato

queste persone dalla nuova storia dell'ospedale.

L'efficienza istituzionale ha congelato in quest'isola senza storia le invalide dell'infermeria, le gravi oligofreniche e le anziane dementi, alcune « note fuggitive », le donne con problemi sessuali, e le ha incorniciate di qualche « brava » paziente, che possa aiutare efficacemente nei lavori interni del reparto.

Sul modo in cui si sono raccolte qui, l'intelligenza medica può fornirci soltanto alcune spiegazioni, tentare una giustificazione: le invalide a letto spesso sono soltanto il frutto di una mancata assistenza, una frattura del femore non consolidata, l'amputazione delle gambe, un'emiplegia non rieducata e per la quale non è possibile avere una carrozzella. E si dice: che differenza farebbe per loro la porta aperta, costrette a letto come sono. Per le gravi oligofreniche e le dementi, la necessità di proteggerle si confonde col desiderio di farlo col minimo sforzo. E si dice: che senso avrebbe aprire la porta per loro, non sanno neanche aprirla, e poi, non sanno dove vanno.

A questo nucleo di persone cosi consegnate allo spazio chiuso, «fisicamente inadatte» alla libertà, si sono aggiunte le altre, respinte dai reparti che si andavano aprendo o che si erano aperti, o non rimosse dal luogo che avevano abitato per anni. « Psicologicamente inadatte » alla libertà? Oltre a questa generica etichetta, ben poco ci

può dire di esse l'intelligenza medica, se non ricorrendo a classificazioni nosografiche di copertura; o l'intelligenza psicologica, ricca di sottili oggettivanti metodi di quantificazione. Ma possiamo cercare di analizzare altrimenti questa violenza istituzionale.

La rimozione da uno spazio chiuso ad un altro spazio chiuso ha seguito, forse per l'ultima volta in modo grossolano e palese, le leggi dell'efficienza istituzionale. Per poter aprire gli altri reparti, man mano, sono stati consegnati allo spazio chiuso i « problemi » (reali o fantasmatizzati) che parevano più gravemente minacciare la « riuscita » dell'apertura. Chi era fuggita una volta, magari cinque anni prima, o rimaneva in piedi a guardare per giornate intere la porta, veniva allontanata e rinchiusa, perché l'apertura di un reparto non fosse differita da un carico d'ansia troppo grave per il personale (infermieri, medici, direttore); perché l'« operazione » potesse riuscire ad essere ripetuta; perché una messa in questione totale, subito, sarebbe stata ideologicamente perfetta ma non reale. Per le ricoverate, questo trasferimento è stata l'ennesima conferma della loro totale disponibilità per l'istituzione, della loro astorica oggettualità.

Sarebbe interessante a questo punto analizzare come avvenga questa disponibilità: la «carriera morale del malato di mente» di Goffman ne indica le tappe. Ma essa si realizza attraverso un corpo - il corpo del malato - che viene negato nelle sue caratteristiche individuali e assunto infine dall'istituzione (e questo processo è descritto da Basaglia, in *Corpo e istituzione*). Non sono identiche a nostro avviso le tappe percorse dall'uomo e dalla donna al loro

ingresso nell'istituzione, perché il processo di spoliazione segue modelli culturali diversamente adattati al diverso vissuto corporeo. Ma non è questo il luogo per approfondire il discorso: per vie diverse, gli uni e le altre sono condotti alla stessa condizione finale di istituzionalizzati.

La rimozione dal reparto aperto a quello chiuso ha avuto un altro significato: l'esclusione dalla « parte migliore » dell'ospedale, aperta, che ha respinto da sé gli elementi di disturbo, e ha utilizzato la residua struttura manicomiale del reparto chiuso per creare una distanza tra sé e gli altri, peggiori (i veri matti?) Per più di cinque anni, cioè da quando è iniziata la liberalizzazione dell'ospedale fino a pochi mesi fa, il reparto C ha svolto questa funzione particolare: le donne che fuggivano, o che avevano problemi sessuali, le degenti fonte di disturbi acuti della convivenza («i problemi» come è stato detto in seguito, disumanizzando anche linguisticamente le persone) venivano inviate al reparto chiuso, sia temporaneamente che in modo permanente.

Che significato hanno avuto questi provvedimenti? Vi è una prima alternativa: se il trasferimento al reparto chiuso sia stato un semplice provvedimento organizzativo, dovuto alla insufficiente « gestione » di certi casi difficili da parte dei reparti aperti, oppure se sia stato una *punizione*, cioè una sanzione dotata di un valore che, partendo da una sorta di « nuova etica » ospedaliera, abbia contribuito a rafforzarla mediante l'esempio.

La seconda alternativa propone che il trasferimento al reparto chiuso venga considerato, da un lato, un provvedimento di tipo puramente carcerario: mentre d'altro lato potrebbe essersi trattato di un ripetersi di una manicomializzazione all'interno del campo ospedaliero.

In ognuna di queste alternative, il primo corno del dilemma considera la possibilità di soluzioni «puramente» tecniche: in ogni caso esse hanno assunto significati più vasti, e la loro « purezza » si è contaminata di violenza.

Dobbiamo infine considerare il terzo gruppo di persone che oggi si trovano al C donne: le degenti che hanno sedimentato in questo reparto, di cui facevano parte « da sempre » senza che esistesse uno specifico motivo per mantenercele. Per anni non si è parlato di loro, sono state inestricabilmente mescolate con le altre, confuse nell'indistinto «residuo» chiuso: la violenza istituzionale ha assunto nei loro confronti l'aspetto della dimenticanza.

Anche a questo punto potremmo cercare spiegazioni organizzative, e spesso ci si svelerebbe l'aspetto della funzionalità: ricoverate che « da sempre » fanno la cucina, o aiutano ad accudire le persone anziane, sono trattenute in un reparto da tutti gli altri membri, la loro importanza viene sottolineata, e vengono loro concessi privilegi tali da mascherare la «dimenticanza» oggettiva e la «chiusura » oggettiva. Il primo tra essi è appunto la libertà di farsi aprire la porta quando si vuole.

In tutte le sue modalità, nella diversa origine o nella varia giustificazione, la carriera del malato del reparto chiuso conferma le modalità di *violenza* e di *esclusione*: punite per « colpe » reali o fantasmatiche, o semplicemente dimenticate, esse sono state attivamente, costantemente, separate dal movimento dell'ospedale.

Negli ultimi mesi, è stata offerta a quasi tutte le donne del C la possibilità di andare a vivere in un altro reparto:

queste persone, di fronte alla possibilità di lasciare lo spazio chiuso per una dimensione più vasta, nuova, « libera », hanno preferito non muoversi.

La difficoltà di staccarsi dal reparto trova una sua prima spiegazione nell'analisi dei rapporti interni a questa sorta di « istituzione totale » che è il reparto chiuso: ma questa viene posta in luce diversa a seconda dei rapporti esistenti fra il reparto e il resto dell'ospedale. Non ci sembra necessario ricordare la tenacia dei legami che si formano tra degenti e personale, e la natura di violenza mascherata che essi rivestono: i piccoli favori, i privilegi accordati (o trattenuti) di volta in volta, e spesso essenziali alla vita del degente, hanno il loro aspetto più agghiacciante nel fatto che sono solo apparentemente frutto di scambio («una scatola di biscotti per pulire il corridoio », « puoi restare in questo letto se non ti agiti », ecc.). Dietro questa apparenza, c'è sempre la possibilità che il patto venga sciolto: nel rapporto c'è una parte più forte, che ha il potere di decidere se il patto è buono, se deve essere rispettato. Non esiste più una norma uguale per tutti: il rapporto del debole con l'altro più forte avviene a costo del sovvertimento della concezione generale per cui il « potere » discende ed è regolato da « valori morali ». Qui è vero il contrario: e l'infermiera non soltanto possiede la norma, il valore, ma ne è depositaria a tal punto che diviene norma o valore essa stessa. In

questa dipendenza totale del suo essere stesso, la malata non può decidere.

Nell'ospedale tutto chiuso, il cambiamento di reparto si situa dunque nella sfera gratuita del favoritismo, per cui l'adesione dell'oggetto trasportato è puramente accidentale. Ma che senso ha questo nel quadro di un ospedale che si sta aprendo o che è tutto apèrto tranne il C donne? In altri termini, quale reale possibilità di scelta, quale « potere decisionale » è disponibile per il degente di un reparto chiuso nel contesto di un ospedale aperto? O, ancora, che rapporti ci sono tra queste due realtà?

Quando abbiamo inizialmente parlato del reparto C donne come di « un'isola congelata senza storia » abbiamo stilizzato integralmente l'analogia che esiste tra il rapporto manicomio-società da un lato, ed il rapporto reparto chiuso-ospedale aperto dall'altro. Il manicomio è, nella società, un'isola tagliata fuori, che viene utilizzata, strumentalizzata proprio nella sua funzione di « stazione finale » ma appunto per questa sua funzione non può essere assunta nel contesto vivo e reale delle cose che mutano e fanno mutare. Il manicomio è un mondo senza storia. Il tempo si ferma ai cancelli. Dentro, i giorni si seguono indistinguibili, identici e vuoti, e bisognerebbe ogni sera fare una crocetta sul muro per dare dimensioni misurabili a questa durata indistinta.

Gli ultimi giorni, le ultime ore prima del ricovero sono un « passato prossimo » (anche se viene correttamente citata la data, e risale a venti o trentanni fa): la bimba piange, ha due anni, non è mai cresciuta, e la figlia di vent'anni che viene a salutare la madre non può essere la stessa persona e la sua presenza non cancella l'angoscia attuale di quell'abbandono. Molte persone non sanno la propria età o la data, anche se sanno l'anno di nascita, e sanno fare calcoli semplici. Un fatto saliente accaduto «dentro» (ieri o dieci anni fa) viene ricordato identicamente: non è storia, è leggenda.

L'ospedale comincia ad avere una storia - possiamo anche dire: la storia entra nell'ospedale - quando la società entra nell'ospedale, ne rompe l'isolamento. E il modo in cui questo avviene è mediato dalle persone che, per cosi dire, « portano dentro » la società, senza più essere soltanto i depositari del mandato custodialistico. Infatti un ingresso «puro e semplice» di questa società capitalista, fondata sulla divisione del lavoro e la gerarchizzazione dei ruoli, è già avvenuto e si è già consumato dove e quando il paternalismo (o istituzionalismo molle, come dice Basaglia) ha preso il posto del vecchio regime autoritario (istituzionalismo duro) e ha nascosto sotto la maschera umanitaria gli stessi rapporti di potere. E qualora questa modificazione non si sia ancora attuata, sarà la società stessa a provvedere, perché scompaia l'« isola di arretratezza » (cfr. Gilli, in questo stesso volume).

Vi è dunque tra sistema sociale e istituzione un rapporto che tende ad introdurre nell'istituzione quanto possa

servire di conferma al sistema sociale: come possono allora instaurarsi nuovi rapporti?

Basaglia rinviene nel «volontarismo antigerarchico» (cfr. *Corpo e istituzione)* l'unico modo in cui si possono modificare i rapporti all'interno dell'istituzione e, in definitiva, modificare (tendenzialmente: capovolgere o distruggere) l'istituzione stessa. Non si tratta più dunque di sbarazzarsi, ai cancelli, di un ruolo per assumerne un altro; e neppure di « aver lo stesso ruolo » dentro e fuori.

La « società » che è entrata è stata densa di contraddizioni. Al vertice (gerarchico) dei detentori del potere istituzionale - direttore, medici - è stato proposto il « volontarismo antigerarchico »: accettando, anzi cercando e provocando, il confronto con gli altri « senza tener conto » dei ruoli istituzionali, è stata resa possibile precisamente la presa di coscienza del significato (di violenza) di questi ruoli tradizionali. Potremmo, semplificando, dire che essi sono stati sempre allo stesso tempo tenuti in vita e negati: ma ciò non significa sempre soltanto l'acuta coscienza della problematicità della situazione. Significa che nella prassi quotidiana sono state operate scelte: dalle quali, nello scorrere dei giorni, si è venuta creando una diversa disponibilità di occasioni di contestazione.

Alcuni reparti sono stati aperti prima di altri, le riunioni sono cominciate con alcuni gruppi di malati prima che con altri: alcuni iniziali « privilegi » sono

spesso stati persi o acquisiti da altri

Il reparto C donne è rimasto chiuso più a lungo di tutti gli altri: l'analogo C uomini si è aperto il 14 luglio di quest'anno. Ora l'apertura delle porte è un punto di passaggio forzato. Si tratta di mettere a disposizione una libertà fisica che sveste il personale degli attributi carcerari - concretamente espressi dalla chiave - e lo costringe ad un rapporto nuovo col malato: la possibilità di fuggire rende a ciascuno un marg;ine di individualità che è « minaccioso ». Il « controllo» non può più essere esercitato sugli oggetti passivi («serrature e ammalati»), non può più avvenire «senza tener conto» di questo nuovo aspetto delle persone.

Ma perché questa disponibilità di occasioni di contestazione non sia ideologica proposta dei medici, a salvaguardia della loro propria identità, e sia invece realtà per i malati, occorre che questi ultimi si siano appropriati della loro propria realtà, del proprio corpo.

Se ripercorriamo le tappe della liberalizzazione dell'ospedale, incontriamo (come si dice in altra parte di questo volume) il momento in cui il medico ha ripreso il « potere reale » nei confronti del malato, sottraendolo all'infermiere (che, di fatto, lo gestiva): in questo modo, il medico ha allo stesso tempo « liberato » l'infermiere del suo ruolo carcerario e intenzionato il malato.

Nel farlo oggetto di cure e di attenzioni, gli ha reso un corpo: un corpo malato. Ma il corpo malato è li per il medico. Esce dalla serializzazione, dalla trasparenza, e diventa oggetto opaco, acquista uno spessore: nel momento in cui il medico glielo riconosce. Quando il medico si allontana, il malato rimane sotto lo sguardo

dell'infermiere: e gli accade di cambiare forma di esistenza, perché non gli viene più riconosciuta la stessa. La sua oggettualità viene confermata dall'intercambiabilità dei ruoli (delle forme di esistenza) che gli vengono addossati e sono sempre decisi dall'altro. Non è ancora soggetto di niente. Si sono aperte davanti a lui - dentro di lui, nel suo stesso corpo - le contraddizioni dell'istituzione: possono ancora una volta essere riassorbite dall'istituzione.

E, d'altro lato, la « liberazione » dell'infermiere coincide con la sua possibilità di uscire dall'anonimato del suo ruolo gerarchico per assumere l'iniziativa personale del rapporto col malato. Essa può collocarsi, nella scia inizialmente indicata dal medico (forse, più correttamente, compresa entro le indicazioni iniziali del medico), e, sottolineando la qualificazione professionale generica, rivolgersi al « corpo malato » e curarlo umanitariamente, con attenzione, senza violenza palese. Questo è un gradino necessario: ma non sufficiente. Se l'infermiere (e il medico) si fermano qui, la contraddizione viene ancora una volta risolta in una nuova oggettivazione, che trasforma il « malato di mente » in un « malato come tutti gli altri ». L'incontro avverrà nel corpo-oggetto del malato, rendendo irrilevante ogni altro rapporto, rendendo irrilevante il soggetto di questo corpo-oggetto. Ancora una volta, la riappropriazione del corpo

proprio sarà resa impossibile per il malato, dato che gli verrà concesso solo occasionalmente di avere un *corpo* - il fantasma oggettuale del suo corpo - e le occasioni sfuggiranno al suo controllo, togliendogli la possibilità di farle sue in un contesto vissuto temporalmente.

Uscire dall'anonimato (dalla rassicurante normatività) del proprio ruolo senza cercare immediatamente il nuovo anonimato (la nuova rassicurazione) di un altro ruolo nor7 mativo, significa-per l'infermiere (per il medico) riconoscere le contraddizioni e le ambiguità che si collocano - a causa della caduta della normatività gerarchica - tra il suo essere nella società e il suo essere nell'istituzione: spesso, il modo di contenere l'ansia che deriva da questa presa di coscienza consiste nel riproporre all'interno dell'ospedale modelli e valori « esterni », e utilizzarli *tout court* (senza la mediazione della gerarchizzazione).

Non è più proibito all'infermiere leggere le cartelle dei malati, nell'assurda pretesa di trattarli tutti - anonimamente - allo stesso modo: anzi, dietro queste pagine scheletriche nei dati, monotone nell'esposizione, si cerca l'indicazione di un modo di essere caratteristicamente individuale, la storia di una persona.

Non è più assurdo rivolgere la parola al malato per dir qualcosa che non sia un ordine: e ci si accorge che dopo anni di silenzio, di « mutacismo », la risposta viene, e quanto più viene ascoltata tanto più si arricchisce di contenuti personali.

Ma ancor più pregnantemente: non è più proibito all'infermiere di parlare di sé. E nell'individuazione dell'infermiere come persona che si offre al rapporto, è presente, sia pure in modo inizialissimo, la dimensione della reciprocità.

Nel quadro di una istituzione assunta e negata (non ancora rovesciata, forse ancora non emersa dall'atemporalità tecnica alla storia) queste posizioni individuali, diverse, non riassunte in un piano prestabilito, disordinate e contrastanti, rappresentano una *contraddizione reale*. E il malato si rispecchia in essa. E propone in questi margini di disfunzionalità la propria presenza,'coinvolta nelle contraddizioni, non più puramente oggettuale. Propone l'urgenza dell'emergere dalla reificazione (per accettare, sar- trianamente, la propria *fattità*) guardando a sua volta chi gli sta davanti, nella ricerca dei *limiti reali* del proprio corpo. Gli è finalmente possibile rispecchiarsi narcisistica- mente nell'infermiere e raccogliere da lui i contenuti delle determinazioni culturali sulle quali si articola il modello sociale del corpo.

Per compiere questo cammino, le donne del reparto C hanno trovato un ostacolo particolare, legato alla struttura di reparto confino femminile: la permissività.

Al C donne tutto è permesso. C'è chi mangia con le mani gettando a terra quello che non interessa, c'è chi fa gesti osceni all'indirizzo del personale o di altre degenti. C'è chi adopera un colorito turpiloquio. C'è chi approfitta della minima distrazione del personale per esibirsi, dietro le grate della finestra.

Nessuno si scandalizza.

I *gesti* sono stati spogliati del loro contenuto provocatorio. Congelate sotto uno sguardo che *non le vede*, le malate sono diventate disordinate, sconvenienti, oscene.

Cosi l'oscenità non è il gesto sconcio provocatorio ma la distanza a cui si colloca chi lo tollera, togliendogli ogni significato, anzi utilizzandolo per oggettivare chi lo compie, strumentalizzandone il modulo regressivo per una riduzione alla reificazione più greve.

La permissività è, nel chiuso, legata alla distanza.

La gerarchia che esiste fra le malate è una testimonianza dello sforzo che viene compiuto per non essere continuamente invase dall'osceno: ma in questo «ricupero» della distanza, per sé, si riconferma l'oggettivazione dell'altro. E il gioco si riproduce, perché c'è sempre un'altra, gerarchicamente superiore, che può oggettivare la malata: ancora una volta l'infermiera diventa depositaria dei valori (del potere).

Ma anche fra le infermiere i rapporti gerarchici si riproducono, il potere viene sottratto alla gestione comune, si assiste all'addestramento mortificante della «matricola » e al riconoscimento delle leaderships a chi ha meglio appaltato il sottogoverno del reparto.

Tutto questo serve a togliere a qualsiasi rapporto un carattere di incontro fra persone: serve per veicolare una particolare concezione della donna-istituzionale-asessuata il cui corpo è, al limite, presente solo nella dimensione (non più temibile, perché chiusa e destorificata, sterilizzata) dell'osceno. Accanto a questo, inoltre, si

trova già al C donne, come « infermeria », l'atteggiamento di oggettivazione medica delle « malate fisiche » attraverso il loro corpo (anche poveramente curato, come si cura il corpo dei poveri), inestricabilmente congiunto col distacco istituzionale: e quindi non utilizzabile, sia pure come prima tappa da poi negarsi, per il recupero di un diverso rapporto.

Di contro a questi ostacoli (che forse, come tali, non sono profondamente diversi in un reparto maschile) si viene a trovare il modello sociale, culturalmente determinato, del corpo femminile: che è stato proposto, nel corso di questi anni, sia attraverso il libero porsi delle infermiere, sia attraverso altre modifiche istituzionali. Infatti man mano che dalle mura del reparto chiuso le infermiere e le malate sono uscite, sia pure in occasioni limitate, nel campo più vasto dell'intero ospedale ormai liberalizzato, le prime occasioni di confronto hanno permesso alle prime contraddizioni di affacciarsi. Alcune infermiere hanno sentito il disagio della costrizione al loro ruolo gerarchico e al maternalismo che non ne era disgiunto, e si sono trovate nella contraddizione fra questa realtà e il bisogno di porsi in un modo più cosciente, che non negasse loro la specificità, la storicità, del loro essere donne. E le ricoverate hanno trovato, fuori del reparto, altri segni: l'introduzione del negozio della parrucchiera, l'importanza data alla sartoria, il modo stesso di muoversi

delle donne degli altri reparti (frutto, a loro volta, del libero porsi dei medici, del direttore, delle altre infermiere, di tutti quelli che si muovevano nel campo) indicavano possibilità nuove di riaccostarsi a un'identità perduta. E nel reparto, allora, la malata si è specchiata nell'infermiera: ne ha raccolto i valori e ambiguamente li ha riferiti a sé, e non si è proposta, in due tempi, il suo rapporto con l'infermiera e il suo identificarsi con essa, ma ha afferrati i margini di reciprocità che si sono resi disponibili e li ha fatti propri, e con essi ha lasciato libero ingresso k un bagaglio contraddittorio e pesante.

In questa situazione, che permette un iniziale incoativo emergere del corpo proprio, le determinazioni culturali non si sovrappongono come apprendimenti successivi, intimamente connesse come sono alla condotta, al comportamento riferito al mondo. Anzi entrano nella dialettica dei rapporti, li qualificano, li rendono accessibili (spesso anche: inaccessibili) alla reciprocità.

Ora le determinazioni culturali della nostra società hanno proposto il modello di una donna « deuxième sexe » (con S. de Beauvoir), per la quale l'oggettivazione non avviene più soltanto nell'individuale, nel rapporto individuale, che si espone poi alla dialettica dell'incontro: ma è generica e generalizzante, e come tale sottende i modi dell'incontro individuale. La donna

perennemente «Altro », non può riconoscersi come persona allo stesso titolo dell'uomo, ma si definisce sempre in funzione dell'uomo. (Le tappe storiche di questo processo sono le tappe storiche del processo derivante dalla divisione del lavoro, nel quale non vi è luogo per egualitarismi).

Possiamo schematicamente cercare i modelli che la società ci propone. La donna-femmina, culturalmente riproposta attraverso l'« allegra casalinga» è ben descritta da Betty Friedan (in *Mistica della femminilità*) come prodotto di una avanzata società dei consumi: felicemente occupata nella maternità, schiava-padrona di mille elettrodomestici, estetista di se stessa per « conquistare » l'uomo, è l'avida consumatrice del prodotto che il capitale deve collocare. Pur lontana dal nostro livello socio-economico, essa si presenta a molte lavoratrici come un miraggio di libertà.

Per altre, la conquista di una dignità nel mondo del lavoro corrisponde a un superiore livello di emancipazione della donna. Ma « emanciparsi », come liberarsi da una schiavitù, è ancora un movimento ricompreso nella stessa dialettica, e la donna-uomo che dice di voler rovesciare un sistema si trova a contribuire alla sua funzionalità: non solo entra nel mondo della produzione come e quando vuole il capitale, ma teorizza questa integrazione come «liberazione» mistificandone il significato.

Cosi accade pure nella tentazione di onnipotenza che presiede alla sintesi delle due figure: donna capace di tenere casa e lavoro, capace di «ascoltare» e pronta a «discutere», abile regista delle proprie qualità maschili e femminili, la cui continua tensione diventa disponibilità continua al mondo dei consumi e a quello della produzione, senza la possibilità di rinvenire i motivi comuni di questa doppia alienazione.

« Nella società dei consumi la donna è brutalmente oggettivizzata: profonda ipocrisia di una struttura che offre alla donna sempre più frequenti occasioni di

“emancipazione” e contemporaneamente la incita a vendere non solo la sua forza-lavoro ma a vendere se stessa come oggetto di consumo. “Qualità” femminili come bellezza, impudicizia, spregiudicatezza vengono modificate, e nello stesso tempo categorizzate in opposizione dialettica con altre “qualità” come onestà, pudore, verginità, “stile”, le quali a loro volta non sono altro che strumenti di mercificazione della donna come “oggetto” » (G. Pirella, *La proprietà privata*, «Che fare», n. 3). Il corpo femminile è mercificato, sollecitato alla vendita di sé nel valore di scambio che esso viene ad assumere per l’uomo. E(il modo in cui la donna vive questa totale oggettivazione è chiamato passività. « Ciò che le viene riconosciuto come un’attitudine naturale (la passività appunto) non può essere il risultato di un equilibrio innaturale che la obbliga a creare una distanza fra sé e il proprio corpo, tale da poterlo vivere come oggetto per sé e per gli altri? » (Franca Basaglia Ongaro, *Donna-uomo*, « Che fare », n. 3).

Nel vivere il proprio corpo, la donna si imbatte dunque nella propria mercificazione, oltre le mistificanti sfaccettature che sembrano proporsi attraverso ruoli sociali apparentemente diversi; la divisione del lavoro è entrata nel rapporto individuale uomo-donna, staccando brutalmente la « più fragile di tutte le percezioni » (Merleau-Ponty), Pesperienza del proprio corpo, dal

soggetto-donna a cui avrebbe dovuto appartenere per consegnarla al sistema.

La possibilità stessa, per la donna, di *essere il suo corpo proprio* sembra sfuggirle indefinitamente come sembra sfuggirle la possibilità di uscire dalla propria esclusione.

Sommare l'esclusione della donna all'esclusione del malato di mente ha dato, come prodotto vistoso, l'arretratezza dei reparti femminili rispetto a quelli maschili, la protratta chiusura del C donne.

Ma oggi anche queste donne si affacciano a tutto lo spazio dell'ospedale: dal 22 novembre anche una porta del C donna è aperta. Nel campo cosi allargato, emergono nuovi punti di riferimento, nuove possibilità di incontro: accanto ai modelli femminili disponibili all'interno del reparto prendono consistenza figure alternative (tra cui si pongono particolarmente in evidenza le ricoverate di reparti da lungo aperti che hanno assunto figura di leaders). Spesso, questi modelli si rifanno direttamente a quelli proposti dalla società esterna, di cui accettano le indicazioni. Il più coerente è certamente fornito dalle religiose, nel rifiuto del corpo attraverso cui pur si realizza il loro essere-nel-mondo, e nell'oblatività che rinnega il ruolo individuale per essere soltanto ruolo sociale (e ricupera l'autorità a questo livello « sterilizzato

»). In altro modo, tuttavia, la suora ripropone i valori di « onestà, pudore, verginità»: e li collega con il ruolo matriarcale, tradizionalmente femminile, che ricupera nell'oblatività protettiva, nella lungimiranza del risparmio e dell'ordine conservato, la giustificazione della propria esistenza. Ma anche nel mondo laico « il ruolo materno, nei confronti dell'uomo, può in parte compensare la donna del suo dover vivere nella mediazione. Si tratta di un gioco pericoloso di indebolimento reciproco, per potersi reciprocamente proteggere: l'uomo nel determinare il livello regressivo in cui la donna è costretta; lei, nel difendersene circuendolo di cure "materne" che tendono a farlo regredire » (Franca Basaglia Ongaro, *loc. cit.*). In questo contesto, si propongono alla ricoverata i modelli tradizionali della pulizia domestica, e della cucina, congiunti all'obbedienza e all'ordine.

Così Antonia, un'anziana degente madre e nonna felice, propone il suo matriarcato bonario ma solidamente autorevole. La sua grandezza riposa insieme sull'età, sulla saggezza antica che viene dall'esperienza, sulla coscienza della propria intelligenza; si pone a un livello di piano dialogo con l'autorità, di cui riconosce l'indiscutibile bontà e da cui chiede conferma. Non ritiene trascurabili i tradizionali valori della donna di casa - maglia, cucina - quando li possa svolgere in modo indipendente; ma affronta con naturalezza compiti organizzativi e direttivi quando siano « opere di pace ». Molte ne sono state fatte sotto il suo illuminato dominio conservatore.

Ma l'uscita dal grigiore istituzionale non avviene soltanto attraverso questa via: giacché l'opposizione

dialettica tra «pudore» e «bellezza» entra quotidianamente nell'ospedale, con le ragazze in visita, le giovani infermiere o assistenti sociali, le nuove degenti dei reparti di osservazione che propongono l'altro volto della femminilità « moderna », che si è appropriata del proprio diritto al piacere sessuale pagandola con la necessità di apparire sempre come oggetto seducente agli occhi dell'uomo. Lo specchio, il rossetto, la maglietta aggraziata: vedere il proprio corpo, ritoccarlo, addobbarlo, ritrovarlo «bello». Tutti questi atti si fermano al confine dell'identità personale e non riescono a raggiungerla, perché il mondo maschile (nell'individuale e nel sociale) ne detiene la conferma.

Questa tematica ci conduce inevitabilmente a una dortianda: ha senso per la ricoverata riappropriarsi di un corpo sessuato, del quale le è precluso fruire nel rapporto sessuale? Potremmo rispondere con le parole di Merleau-Ponty: «uno spettacolo ha per me un significato sessuale non quando mi rappresento, anche confusamente, il suo possibile rapporto agli organi sessuali o agli stati di piacere, ma quando esiste per il mio corpo, per questa potenza sempre pronta ad amalgamare gli stimoli di una situazione erotica e ad adattarvi una condotta sessuale ». Esiste dunque una condotta sessuale - c'è un senso nel riappropriarsi del proprio corpo sessuato - che si colloca soltanto nel rapporto sociale, e per la quale il rapporto individuale ha un senso cruciale (e crucialmente sofferto nell'assenza), ma non è necessario (mentre può esserne necessaria l'assenza).

Ma queste persone che portano « dentro» col loro lavoro i valori della società esterna, non sono donne di casa: e nella partecipazione attiva al mondo del lavoro

testimoniano di un'altra dimensione femminile. Alcune la subiscono per necessità; altre si sono appropriate delle caratteristiche di «emancipazione », e ripropongono mascherati i valori « maschili» della carriera, della libertà dalla famiglia, della competitività (e dello sfruttamento).

Ribelle da sempre, Ada ha rifiutato di farsi integrare dall'istituzione nei canoni classici della buona malata lavoratrice e industriosa, facendosi giudicare prima « agitata » (veniva tenuta assai spesso in corpetto) poi «impulsiva». Oggi, come una ragazza che cerchi conferma alla sua necessità d'indipendenza fuori casa, passa una minima parte della sua giornata in reparto: è spessissimo al bar, sempre alle assemblee generali, e in tutte le occasioni «sociali» (balli, feste, gite) della vita comunitaria. La sua partecipazione alle discussioni è particolarmente produttiva quando si trattino problemi generali: lei stessa coglie spesso temi essenziali alla vita comunitaria e li propone senza tregua. Fragile e insicura nell'incontro personale (nel quale più facilmente si consumerebbe l'invasione del suo spazio, già difficile e difeso a fatica), ha scelto il piano sociale come luogo privilegiato del suo porsi: ed in esso utilizza tutte le sue risorse, dai valori familiari borghesi di cortesia o di cura della persona, a quelli intellettuali di critica (anche aggressiva).

Così questi esempi, che pur dimostrano come ognuno possa oggi impossessarsi di sé in modo diverso all'interno dell'ospedale, non fanno altro che confermare l'ingresso della società esterna, con tutte le sue contraddizioni, nel campo ospedaliero: e la riduzione di esso a un piccolo modello di contraddizioni ben integrabili.

Tuttavia, le malate del C che per ultime hanno la porta

aperta, si trovano per prime a dover affrontare una realtà che non contiene più un « oltre », un ulteriore spazio chiuso in cui rigettare (proiettare) scomode negazioni. Così non resta che confrontarsi con la situazione reale, nella quale emergono drammaticamente i limiti che la società esterna non vuole violati: essi vengono tuttora pagati dalle persone.

Paola: difficile descrivere in poche parole una persona che è stata capace di sopravvivere alla propria distruzione e ha scontato e sconta tuttora su di sé la sua storia. Nella sua durezza e nel suo cinismo riconosciamo un richiamo costante alla nostra volontà di malafede: rigetta in faccia a tutti la sua distruzione e la sua sopravvivenza, sa di essere stata in molti modi esclusa e calpestata, ma non lo vuole accettare come il suo destino.

La donna non può accettare di perdere per sempre la propria identità. Non può vivere la totale negazione di sé. Forse, può collocarsi a una distanza che è presa di coscienza della propria esclusione, della propria appartenenza alla categoria più vasta degli esclusi; presa di coscienza della violenza del sistema e della necessità di agire (contro di esso) come gli altri esclusi, nella tensione che porti il corpo negato dall'immobilità alla storia.

Non può essere privilegio del campo ospedaliero la negazione dei ruoli, che ciascuno si troverebbe a indossare di nuovo rientrando nella società esterna: è diventato indispensabile *essere allo stesso modo,* dentro e fuori, non più portando dentro i « valori » di fuori, ma portando fuori l'antistituzionalismo, l'antigerarchizzazione

dei ruoli, l'antidivisione del lavoro a cui l'ambiguità del nostro esser dentro ci costringe.

L'apertura delle porte è un puntò di passaggio forzato: ma non esistono regole su come essa debba avvenire. Tuttavia, molti problemi si propongono, di volta in volta, di fronte a ciascun reparto « in via d'apertura ». Nell'ottobre '67, di fronte al C donne, ultimo reparto chiuso, questi temi sono stati a lungo discussi, in varie sedi e con molteplicità di visuali. L'interesse particolare del dibattito che qui riportiamo (al quale partecipa una parte della équipe curante, purtroppo incompleta e casualmente priva di alcuni membri direttamente implicati nel lavoro istituzionale dei due reparti interessati), risiede, a nostro avviso, nel fatto che i temi vengono svolti nella prospettiva dell'ospedale tutto aperto: e l'anticipazione di una nuova realtà si profila inestricabilmente congiunta all'analisi della realtà attuale.

JERVIS Mi sembra si fossero posti due problemi. Da un lato il problema dei tempi e delle modalità di apertura in rapporto all'evoluzione dell'ospedale e alle diverse situazioni concrete che si presentano nei diversi reparti: è un problema che va confrontato con le esigenze che man mano si pongono nell'ospedale cosi come esso è adesso. Mentre cinque o sei anni fa l'apertura si poteva attuare bruscamente, come azione di rottura nei confronti della situazione asilare, oggi invece l'apertura si pone all'interno di una realtà

tendenzialmente comunitaria e non più come semplice atto eversivo nei confronti della situazione asilare. L’altro problema mi sembrava fosse un problema più di fondo, quello del significato del reparto aperto. A un certo punto si è detto: che cosa significa «reparto aperto»? E in definitiva quali sono le motivazioni all’apertura di un reparto? È un problema che è stato posto sia, evidentemente, perché possono esistere gradi diversi di apertura di un reparto, sia perché anche l’apertura apparentemente più completa può essere una apertura cautelata in vari modi, « mitigata » e in ultima analisi mistificata per cui uno si deve chiedere se questa categoria è una categoria che è valida di per sé, oppure se ha significato solo nel contesto delle modalità particolari in cui si realizza.

BASAGLIA È proprio questo il problema. A me sembra che sia l’apertura attuata in seno a una situazione pienamente manicomiale, che l’apertura di un reparto in un momento in cui il resto dell’ospedale sia già « aperto» nel senso più alto della parola, sono sempre dei momenti di negazione; cioè, un reparto chiuso è sempre un reparto manicomiale anche se è in un ospedale aperto. L’apertura di un reparto è sempre un’azione di rottura essendo sempre un momento della dialettica della negazione. Io non riesco a pensare all’apertura come ad una elaborazione concettuale

delle persone che vivono all’interno del sistema chiuso che deve essere aperto; penso che l’apertura sia un atto « rivoluzionario » e un atto « rivoluzionario » non è un atto elaborato, non è di per sé un atto « maturo », anzi è piuttosto un atto immaturo. Mi spiego: una determinata azione viene elaborata e può condurre con i suoi effetti ad una maturazione della situazione complessiva in upa determinata direzione, però l’apertura in sé è un atto di rottura che rispetto alla norma viene considerato un atto di immaturità, ma solo perché l’atto « rivoluzionario » non riconosce la norma, è fuori dalla norma. Quindi l’atto « rivoluzionario » non tiene conto della sanzione che è connessa conia norma; non riconoscendo la norma, l’azione di rottura conduce apparentemente a quella situazione di « caos, disordine, anarchia » della quale parlavamo.

SLAVICH A me pare però che in questo modo si descriva piuttosto un modo di procedere « anarchico », che non una prassi progressiva, se vogliamo « rivoluzionaria », di eversione di una norma, come quella di cui stiamo discutendo che vuole che in un ospedale psichiatrico vi siano dei reparti chiusi.

JERVIS Non mi pare; penso che Tatto « rivoluzionario » rappresentato dall’apertura del reparto può essere concepito in due modi: o come una maturazione

necessaria, come il coronamento di un processo di maturazione per cui, quando esistono le condizioni oggettive allora si apre - ma prima ci deve essere tutta una preparazione per cui ci sono determinate contraddizioni che arrivano a risolversi, c'è tutta lina maturazione personale che arriva alla presa di coscienza, e quindi infine c'è il rovesciamento della norma, ecc. - Questa è la concezione tradizionale diciamo così dell'atto « rivoluzionario ». Oppure c'è una concezione un poco diversa e nuova, abbastanza attuale, alla quale mi pare si riferisse Basaglia, e cioè dell'atto rivoluzionario come presa di posizione, come decisione che in certo senso precorre i tempi, che si pronuncia in un momento in cui le condizioni oggettive non sono ancora mature, che non aspetta che le condizioni oggettive maturino ma le precorre e le forza. Se le condizioni oggettive sono veramente mature allora non c'è atto rivoluzionario, ma solo un rovesciamento automatico.

BASAGLIA Poniamo per ipotesi che determinati gruppi di infermieri dei reparti ancora chiusi giungano a decidere spontaneamente di aprire: sarebbe come attendere che un sistema « in quiete » senza tensioni interne e senza stimoli, decidesse, con una mistificazione democraticistica, di punto in bianco di mutare la propria ideologia in modo radicale.

SLAVICH Ma l'atto « rivoluzionario » nel reparto chiuso non mi pare sia quello di aprire solamente la porta. Sono le persone, la coscienza delle persone che vivono nel reparto che creano il sistema, la situazione determinata del reparto; e secondo me si tratta innanzitutto non tanto di agire per imporre l'apertura della porta, quanto di compiere una serie di atti, eversivi rispetto alla norma del sistema, per agire sulla coscienza delle persone che sono nel reparto, quindi per incidere più profondamente sulla situazione nel senso della apertura.

BASAGLIA Siamo di fronte al solito problema delle avanguardie. C'è poco da dire: se avessimo pensato di «istruire» l'ospedale sull'apertura, sulla visione della nuova psichiatria istituzionale io credo che saremmo ancora qui a parlare; in realtà noi abbiamo forzato la situazione. C'è stata forse un'azione « immatura », ma solo apparentemente immatura, secondo me; perché non penso che vi siano realmente dei momenti di oggettività sui quali si misuri la maturità di un'azione; noi non possiamo essere oggettivi, dobbiamo parteggiare per una determinata scelta, altrimenti non potremmo fare quello che facciamo.

SLAVICH Certo, parteggiamo, agiamo in modo soggettivo, qualche volta perfino fazioso, se vogliamo;

ma in ciascuna di queste nostre azioni per raggiungere lo scopo è stato sempre necessario un tempo determinato, diverso da zero; e anche in questo caso particolare, io penso che è necessaria una serie di atti fra i quali l'apertura in sé e per sé sta in una posizione mediana, e non è l'atto iniziale; l'apertura del reparto si scolora del suo significato magico, e diventa un semplice atto intermedio di un processo per il raggiungimento dello scopo di una apertura reale del reparto. La semplice apertura fisica del reparto deve essere preceduta da una serie di atti preparatori, compiuti, in un tempo determinato e non dilazionato, secondo una linea strategica che dobbiamo scegliere coscientemente.

BASAGLIA Perché gli infermieri sono entrati in ansia dinanzi alla prospettiva dell'apertura della porta? Perché ciò è fuori della norma, e conseguentemente loro sono ancora soggetti al timore della sanzione.

CASAGRANDE Ma quando tu, Slavich, dici: è necessaria una serie di atti ben previsti, coscienti, ecc., presupponi che tutte le aperture dei reparti debbano essere fatte in un determinato modo, oggettivo?

SLAVICH Ma no, e perché? Bisogna studiare bene la situazione di ciascun reparto e agire conseguentemente; ciò richiede un tempo a mio avviso

determinabile, che assolutamente non deve poter costituire un alibi per chi il reparto non lo vuole aprire, ma non può ridursi praticamente a zero, esaurendosi nel momento in cui si afferma « bisogna aprire ».

JERVIS Però questi tempi non è che si svolgano come un processo di maturazione che ha determinati stadi; mi sembra che tu li intenda in questo modo, secondo me invece l'apertura non sta all'interno di un processo di maturazione, bensì è un atto che interviene dall'esterno per forzare il processo di maturazione.

CASAGRANDE Secondo me l'apertura interviene solo nel momento in cui si compie l'atto « rivoluzionario » dell'apertura stessa, indipendentemente dalle condizioni obiettive. Questo atto da compiere è un atto eminentemente soggettivo e incondizionato; darei più valore alla componente soggettiva mentre mi pare che tu ponga molto in risalto la componente obiettiva.

SLAVICH Ma è evidente che è una « obiettività » filtrata attraverso la soggettività del medico e del gruppo di persone che sta ripensando la situazione in modo soggettivo; sono perfettamente d'accordo sul fatto che non ci si deve attendere del risultato di una analisi obiettiva, che sia veramente tale, ma bisogna pur sempre compiere una analisi; e sono anche d'accordo che senza un intervento diciamo così spontaneistico

qui non si potrebbe fare niente o quasi.

CASAGRANDE Se però i medici, come tu dici, non compiono gli atti di apertura improvvisamente e aspettano rispettando una determinata successione di eventi, se anche ci pensano e ci ripensano quando ad un certo punto decidono di farlo questa decisione mi sembra sia molto soggettiva, e non qualcosa che scaturisce dagli eventi.

BASAGLIA Se noi demandiamo alla situazione comunitaria, come la intendiamo noi, la decisione di aprire il reparto, sarebbe necessario che tutti, veramente tutti fossero convinti della opportunità di farlo.

SLAVICH Effettivamente io penso che siccome un reparto è costituito esclusivamente da persone; il modo per aprire il reparto è di agire sulle persone.

BASAGLIA Io vorrei dire a Slavich, quando abbiamo iniziato questa nuova azione istituzionale eravamo noi due, adesso siamo perlomeno in cento qui; e questa azione era immatura, rovesciata, era un tipo di azione che non era assolutamente obiettiva per nessuno. Era una serie di atti fatti da una determinata avanguardia che decideva di fare determinate cose che portavano poi a determinati risultati.

SLAVICH Ecco dunque « portavano poi », erano certo azioni soggettive, ma non istantanee.

BASAGLIA La istantaneità riguarda per esempio il momento in cui si apre. Oggi è stato detto in assemblea: « È vero che i medici hanno messo la chiave nella toppa, ma chi ha girato la chiave sono stati i malati ». Oggi lo si dice e lo si può dire perché i malati hanno maturato forse al pari di noi una certa coscienza della situazione; ma quando noi abbiamo detto: apriamo la porta, aprendo la porta ci ponevamo al di fuori della norma, e avevamo paura tutti di quello che poteva succedere.

JERVIS Il problema però è anche di considerare perché si è presa questa iniziativa; è una coincidenza sfortunata, anche se probabilmente non casuale, che l'avanguardia che prende l'iniziativa di aprire un reparto è rappresentata dalla sommità gerarchica dell'istituzione, cioè dal direttore, dai medici. E questo crea una situazione un po' ambigua, perché questa avanguardia si identifica in pratica con un massimo di potere istituzionale.

BASAGLIA E va bene, diciamo pure così, che l'avanguardia in questo caso non ha potuto che identificarsi con il massimo di potere istituzionale; perché sarebbe stato ben difficile forse, che «l'isola degli esclusi» potesse maturare una tale coscienza, potesse prendere a tal punto coscienza della esclusione da poter dire « apriamo le porte » e

soprattutto potesse trovare i mezzi completi per farlo.

JERVIS Mi sembra che Slavich si richiami all'esigenza che questa avanguardia non sia più, dopo un certo numero di anni in cui l'ospedale ha vissuto una situazione tendenzialmente comunitaria, rappresentata solo dalla sommità gerarchica, cioè che non si identifichi più necessariamente col vertice del potere, ma che sia un'avanguardia che coinvolga una minoranza di persone.

Questa minoranza deve coinvolgere i quadri intermedi: e questo mi sembra che sia abbastanza giusto; in un certo senso è peccato che dopo un certo numero di anni di comunità terapeutica ci si ritrovi ancora in una situazione che pure all'inizio era pienamente giustificata, cioè che l'iniziativa per l'apertura di un reparto parta sempre dal vertice; al momento attuale bisognerebbe che questa avanguardia si ricreasse spontaneamente nell'interno della comunità ai livelli intermedi, fra gli infermieri per esempio, o, nella ipòtesi più ottimistica, fra i malati.

BASAGLIA Questo discorso equivale al dire, paradossalmente: se in uno Stato si è fatta la rivoluzione, come mai dopo qualche decennio per la forza dell'esempio un altro Stato non fa la sua rivoluzione? Il nostro ospedale è formato di otto reparti di cui si sono aperti cinque, poi sei, poi sette reparti, è un processo che sembra continuo ma si

arriva all'ultimo reparto che stenta ad aprirsi; perché? Secondo me perché in quest'ultima isola è rappresentata la norma; e questa norma bisogna infrangerla, non c'è niente da fare.

JERVIS Credo che su questo siamo tutti d'accordo.

SLAVICH Certo, non credo che stiamo discutendo se è opportuno o meno infrangere questa norma; piuttosto stiamo discutendo, almeno per conto mio, sul come infrangerla; secondo me è necessario che si costituisca all'interno del reparto un vero gruppo di potere, anche in aperta contraddizione con altri gruppi, che tenda chiaramente ad aprire il reparto; e che la istanza della apertura non sia rappresentata solo dal medico.

BASAGLIA In ogni caso questo gruppo di potere sarebbe tale perché vi partecipiamo noi; no, io non penso che possiamo aspettare la maturazione del reparto per aprirlo.

JERVIS D'altra parte dobbiamo renderci conto, ed esserne forse anche abbastanza soddisfatti, del fatto che in questo momento nell'ospedale c'è una pressione verso l'apertura del reparto C donne che non parte più soltanto da noi, parte da molti infermieri degli altri reparti, dai malati a quanto si sente nelle assemblee e, penso, anche da qualche infermiera del reparto C donne.

BASAGLIA Se non c'è un intervento di rottura nell'aprire

il reparto, questo potrà forse aprirsi, ma in maniera già potenzialmente riformistica, perché si sarà già dato il tempo per il ricostituirsi di una norma che rischia secondo me di vanificare il significato stesso dell'apertura; d'altronde, mi pare che anche il reparto C uomini ad un determinato momento è stato aperto con una forzatura, perché non tutti gli infermieri erano d'accordo.

SLAVICH Non tutti, ma una parte lo era: e questo « consenso » aveva richiesto un tempo abbastanza lungo; e mi pare che non si trattava tanto di convincere gli infermieri sulla « bontà » della apertura, della quale essi erano già convinti, quanto innanzitutto di agire per far si che i fautori dell'apertura si organizzassero come gruppo di potere. In secondo luogo si trattava di rassicurarli che, nel momento che si « rompeva » la chiusura del reparto si rompeva anche la connessione automatica della sanzione con la norma.

JERVIS Io vorrei chiederti una cosa, sulla quale mi pare di dissentire: poniamo che all'interno del reparto chiuso tutto il personale fosse contrario all'apertura, che cioè sussistesse una condizione oggettivamente non matura, e che al tempo stesso ci fosse da parte degli infermieri e dei malati di tutto il resto dell'ospedale una forte pressione per aprire questo

ultimo reparto. In questo caso io credo che il reparto andrebbe aperto con una azione di rottura, mentre invece forse tu pensi che bisogna dare il tempo all'avanguardia di organizzare dall'interno l'apertura. Secondo me il guaio è che in un certo senso in questo momento l'apertura del reparto C donne viene proposta ancora troppo dall'équipe dirigente e troppo poco dai malati e dal resto dell'ospedale, pur senza dimenticare che delle istanze in questo senso ci sono. Secondo me il reparto C donne deve comunque essere aperto dal di fuori, allo stato attuale delle cose; noi caso mai dobbiamo cercare di evitare che venga aperto solo dal direttore, dalla équipe dei medici: in un certo senso dovrebbe essere aperto da una massa di infermieri e di malati del resto dell'ospedale che costringono il reparto ad aprirsi e ad adattarsi alla nuova situazione.

SLAVICH Teniamo presente che su sette reparti che si sono aperti finora, ciò non si è mai verificato; i primi quattro reparti si sono aperti chiaramente per l'intervento diretto dei medici, gli ultimi tre prevalentemente per un processo di maturazione interna, anche se questa era in ultima analisi da collegarsi a una serie di azioni e di pressioni da parte dell'equipe medica. È un fatto però che in questo caso ci troviamo di fronte a una situazione del tutto

particolare perché questo è veramente l’ultimo reparto chiuso che, come diceva Basaglia prima, veramente rappresenta e simbolizza la persistenza della norma asilare.

BASAGLIA Il fatto è che da questo caso particolare il discorso non può che diventare tipicamente ed esclusivamente politico.

JERVIS Devono essere gli infermieri degli altri reparti a dire: basta con tutti questi ripensamenti ed esitazioni, bisogna aprire ed aiutare ad aprire il reparto C donne, poi le persone che vi sono dentro dovranno adattarsi,

SLAVICH Bisogna però anche preoccuparsi dell’effetto sulla coesione del gruppo del personale del reparto, ai fini della possibilità di un suo porsi terapeutico verso il malato dopo l’apertura. Bisogna chiedersi che effetto verrebbe ad avere questo assedio da parte degli altri reparti, cioè questa imposizione di una superiorità derivante da quella che verrebbe sentita come una nuova norma, cioè la « superiorità morale » del reparto aperto sul reparto chiuso.

BASAGLIA Adesso al reparto C non c’è niente e certo non c’è neanche un senso di gruppo tra gli infermieri, finché il reparto è chiuso. Aprendolo entra l’ansia, e l’ansia in questo caso è certo l’elemento più importante della dinamica terapeutica del reparto.

SLAVICH Quest’ansia entra nel reparto molto prima che

si apra la porta.

BASAGLIA C'è anche adesso, per fortuna c'è una situazione di incertezza per la paura che si apra il reparto.

JERVIS Ma guarda, Slavich, perché c'è questa situazione di incertezza all'interno del reparto? Perché all'interno del reparto sanno che non saranno loro a decidere: se il personale del reparto sapesse che esso si aprirà solo quando loro lo vorranno, probabilmente non vi sarebbe nessuna ansia e nessuna incertezza e il reparto non si aprirebbe. Se adesso si sta muovendo qualcosa, è perché in un certo senso l'apertura è già avvenuta.

SLAVICH Già, proprio cosi; l'apertura in un certo senso è già avvenuta nel momento in cui si è incominciato ad intenzionare il reparto, a riassumerlo nella dinamica dell'ospedale, ad agire dentro di esso prima ancora che si aprano le porte; in questo senso il processo di maturazione, come lo intendevo io poco fa penso sia già in corso; certo la nostra azione deve tendere ad accelerare i tempi, ma non può prescindere da questo tempo necessario di maturazione.

JERVIS Il fatto è che questa maturazione è iniziata da quando si è incominciato a minacciare di aprire il reparto C.

BASAGLIA È un discorso che abbiamo sempre fatto, fin

dall'inizio con Slavich: io sono sempre per i tempi brevi, lui per i tempi brevi ma un po' più lunghi per una sua necessità di veder chiaramente quello che si andava facendo; io invece sono sempre stato dell'avviso che se si lascia tempo di organizzarsi a chi non vuole muoversi, questi riesce a non muoversi davvero.

SLAVICH Il fatto è che tutti i rischi, come quelli ad esempio delle aperture, che abbiamo corso in questi anni, sono stati corsi, almeno fino un certo punto, abbastanza a ragion veduta; nel senso almeno che, prima di aprire qualsiasi reparto abbiamo valutato e studiato la situazione particolare di quel reparto, compiendo un certo numero di operazioni, su alcune resistenze particolari, con alcune rassicurazioni...

BASAGLIA Era in fondo uno studio molto relativo; perché sempre quando si sono individuati dei problemi, all'atto pratico si rivelava che i veri problemi non erano quelli ma altri. Dunque forse con quelle operazioni ci si rassicurava fra di noi, intorno a qualcosa che in fondo non ammetteva rassicurazione; in fondo sapevamo benissimo che tutto quello che si andava facendo era valido solo in quel momento, perché i problemi poi sarebbero stati altri. Noi non dobbiamo dare il tempo a chi tende a ritardare, di organizzarsi.

JERVIS Si, però fra il personale non vi sono mica solo rappresentanti della « reazione »; si corre un grande pericolo, secondo me: siccome c'è questa avanguardia che apre i reparti diciamo cosi con le « bandiere al vento », che opera questo processo di rottura, siccome questa avanguardia si identifica con il vertice del potere istituzionale, c'è un pericolo che alcuni degli infermieri dotati di maggiore iniziativa ne vengano mortificati, e che venga sottratta loro la possibilità di far parte di questa avanguardia.

BASAGLIA All'inizio di un lavoro in un ospedale tradizionale non si può che pensare di essere soli e agire di conseguenza costituendosi come avanguardia; in una situazione come quella attuale con un unico reparto chiuso nel quale è concentrata la reazione dell'ospedale tradizionale, che cosa bisogna fare? O si cambia il personale di quel reparto, e questa è anche una possibilità; o si apre il reparto con una azione di rottura; altrimenti cosa possiamo fare?

SLAVICH Secondo me dobbiamo guardarci dal massimalizzare la formulazione « tutte le mele cattive sono qui dentro ». Forse è più opportuno pensare anche questo ultimo reparto come dotato di un campione rappresentativo di tutte le posizioni espresse dagli infermieri sulla apertura, e che anche nel reparto chiuso si possano ricercare le persone che possano

costituire l'avanguardia di quella determinata situazione. Giustamente non dobbiamo lasciar tempo a chi tende a ritardare programmaticamente di organizzarsi; però se in un disegno generale noi possiamo effettivamente trascurare e negare questa tendenza al ritardo, nelle situazioni concrete particolari noi dobbiamo tener conto di queste resistenze, per poterle superare, una per una.

BASAGLIA Io penso che nel lavoro che noi facciamo ci debba essere sempre anche una quota di velleitarismo, su questo non c'è dubbio; se analizziamo troppo le conseguenze di tutto quanto andiamo facendo, non facciamo assolutamente nulla, perché avremmo paura dei nostri atti.

JERVIS Però il problema è sapere di chi deve essere questo velleitarismo.

BASAGLIA Possibilmente di tutti.

JERVIS Ecco, questo è il punto. Perché non è di tutti? Quali ne sono le conseguenze?

BASAGLIA Di tutti; ma nel momento in cui vogliamo fare una determinata cosa e non possiamo farla perché non ci siamo ancora tutti, allora dobbiamo iniziarla con questa avanguardia, anche se non possiamo essere che noi. È una cosa abbastanza grave, anche se non so proprio come potremmo fare altrimenti. C'è un rischio in tutto questo, il rischio della situazione

contraddittoria nella quale viviamo. Noi siamo determinati dal sistema, del quale facciamo nonostante tutto parte, a compiere contro questo sistema delle azioni che sono senz'altro devianti. All'inizio qui in ospedale dicevano tutti: Eh, eh, lo sanno ben loro - i medici - quello che hanno in mente di fare! E noi in realtà non sapevamo assolutamente nulla di quello che avremmo fatto l'indomani; si affrontava la situazione qua e là, senza programmi, e andava tutto bene. Dicevano ancora: lei sbaglia, perché non ci istruisce! Se lei ci istruisse noi potremmo aiutarla mentre noi non sappiami cosa ha intenzione di fare e lei lo sa, ce lo spiega poi al momento opportuno, quando è già fatto; ma l'importante era che nascesse questo bisogno di fare qualcosa assieme.

SLAVICH Su questo iò non sono d'accordo, qualsiasi cosa la si pensava in termini di breve scadenza, ma c'erano pur sempre dei tempi operativi, dei tempi di preparazione, nel corso dei quali se non altro formulavamo noi delle idee, magari per negarle subito dopo; procedendo a tentoni, appunto, si saggiava le resistenze, e anche se poi si cambiavano « i piani », il fatto di aver vinto quelle resistenze non restava senza traccia; e tutto questo prendeva un certo tempo.

BASAGLIA Adesso il discorso che fate voi è possibile, ma all'inizio non era possibile. Adesso per aprire il

reparto C dovrebbero partecipare un po' tutti, e non dovrebbe solo il direttore arrivare, con la chiave d'oro posta su un piatto e dire: apro il reparto. Adesso sarebbe assurdo e infatti cerchiamo continuamente di coinvolgere il più possibile tutti, e entro certi limiti quasi anche la natura dell'avanguardia è mutata, e gran parte dell'ospedale è un'avanguardia.

SLAVICH Direi che neanche adesso sia possibile o necessario attendere il consenso di tutte le persone che stanno e lavorano nel reparto chiuso siano esse infermiere o malate; secondo me si dovrebbe porre un termine, dimostrare con una serie di atti che il processo verso l'apertura è irreversibilmente in atto, rispettando i tempi, rendendo palese che l'apertura si dovrà fare anche contro le resistenze di qualcuno, spiegando e discutendo a tutti i livelli perché si ritiene necessaria l'apertura del reparto; mi pare che sia soprattutto cosi che l'apertura possa venire ad avere un senso più profondo, e che non sia solo simbolica, e che possa incidere realmente sulla situazione interna del reparto che è ancora tipicamente asilare.

BASAGLIA Se noi per esempio apriamo anche contro la volontà del personale, che cosa succede? Probabilmente ci sarà una reazione abbastanza violenta, palese o nascosta, contro di noi; d'altra parte penso che dobbiamo correre questo rischio che è

insito in questo processo di negazione. La negazione è così, un po' velleitaria di per sé. Per arrivare a cambiare veramente la situazione del reparto noi dobbiamo passare attraverso la negazione. È una negazione per sua natura dialettica. Non è un semplice « no », sul « no » non si costruisce niente, però dal « no » può muovere una determinata dialettica che può costruire una nuova realtà, nel nostro caso, un nuovo reparto. Quando si apre si è veramente « pazzi » ad aprire, perché in pratica non sappiamo bene cosa succederà; d'altra parte è un tipo di « pazzia » che è sempre all'origine di ogni rovesciamento pratico.

SLAVICH Io però non direi che Punico atto rovesciante e « pazzo » sia quello dell'apertura. Ad esempio il fatto che alcune pazienti del reparto chiuso, « brutte » e comunque stigmatizzate, vadano a stare in un bel reparto aperto, e che questo reparto accolga e gestisca in modo terapeutico il suo rapporto con questa paziente contro l'opinione prevalente nel reparto chiuso ad un certo punto anche questo è un evento rovesciante, è una negazione che fa leva nel senso dell'apertura sul reparto chiuso.

BASAGLIA È infatti per poter trasferire queste pazienti abbiamo dovuto compiere un atto di negazione.

JERVIS Allora qui si ritorna al problema: che cosa significa l'apertura di un reparto? È questa una

condizione necessaria e sufficiente per mutare tutto, o no? Io ho l'impressione che per. meccanismi ancora in parte oscuri, almeno a me, ci sia un rapporto organico fra il fatto che le porte sono chiuse a chiave e il fatto che all'interno del reparto il paziente viva tutta una serie di sopraffazioni, anche se non necessariamente fisiche. Mi sembra singolare che un fatto cosi semplice come una porta chiusa sia cosi strettamente legato con una ben determinata dinamica microsociologica all'interno del reparto; e questo mi fa pensare che finché il reparto è chiuso i membri di questo reparto, sia i malati che gli infermieri, non possano rendersi conto, per la dinamica stessa del reparto chiuso, di cosa possa significare il vivere e il lavorare in un reparto aperto; e che quindi in un certo senso l'apertura avvenga sempre dal di fuori.

BASAGLIA È una caratteristica di tutte le istituzioni totali; nel momento in cui la situazione si apre si cambiano tutti i rapporti.

SLAVICH C'è poi anche la contraddizione della nostra appartenenza contemporanea al sistema più vasto che non sia quello microsociologico di un reparto o dell'ospedale; il problema delle contraddizioni che ci derivano dal mandato sociale e delle conseguenze di questo sui nostri atteggiamenti...

BASAGLIA Dal momento che noi apriamo il reparto,

neghiamo il mandato sociale e se noi ci consideriamo all'interno della norma, crediamo di aver fatto la rivoluzione ed invece abbiamo fatto del riformismo. Gli unici che venivano da fuori eravamo noi e non potevamo essere che noi ad aprire il reparto. Dopo, questa avanguardia è aumentata, eravamo in due, in dieci, in venti, in trenta che aprivamo il reparto.

SLAVICH Certo, ma adesso sarà sempre in ultima analisi lei e la Jervis e chiunque altro ci lavori dentro che aprirà il reparto C donne. La pressione dell'ospedale nel suo insieme nei confronti del reparto C donne, se si esprime solamente come consiglio e dice: perché non aprite, potreste aprire come abbiamo fatto noi, è una pressione non impegnata, non è un atto di rottura.

BASAGLIA Il problema grosso dell'ospedale sarà quando tutti i reparti saranno aperti perché ci saranno dei nuovi problemi e non sarà più il momento della negazione. Fino a che non è aperto l'ultimo reparto siamo sempre in una fase di negazione. Quando sarà tutto l'ospedale aperto noi avremo il problema di costruire sulla negazione e allora sarà il problema più grosso.

SLAVICH Si parlerà veramente della proiezione all'esterno.

BASAGLIA La realtà sarà veramente all'esterno, a meno che non facciamo, per paura o per ansia, un ritorno

indietro e che facciamo di tutto l'ospedale un grande reparto chiuso. Allora si diventa un'azione riformista, facciamo dell'ospedale un grande ospedale liberalizzato, in cui c'è una determinata norma, delle determinate sanzioni e allora crediamo di aver risolto la questione. Noi siamo adesso ancora in un momento tipico di negazione. In fondo, essere dei negatori, è come essere in montagna con un nemico davanti. E alla fine della rivoluzione essere integrati dall'America, non è vero? Questo è più difficile, non è essere in montagna. Il nostro problema più grosso sarà dunque quando avremo aperto anche il C donne. Ci saranno allora due possibilità: o fare veramente un ospedale aperto nel senso totale o fare un grande reparto chiuso apparentemente aperto con una particolare mediazione verso l'esterno. Ma questo dipende anche dal modo con cui apriremo il C donne.

JERVIS C'è effettivamente un contrasto di opinioni fra Slavich e Basaglia. Da parte di Basaglia c'è il richiamo all'inevitabilità dell'atto di rottura, come atto che fa precipitare una situazione che altrimenti non matura mai: questo atto è in un certo senso contro la norma. Invece da parte di Slavich c'è l'esigenza di un'apertura di reparto che viene concepita come una tappa maturativa verso un nuovo equilibrio. Secondo Slavich l'apertura è vissuta come una necessità che ad

un certo punto si svolge nelle sue tappe successive, ad un certo punto una tappa particolare diventa necessaria.

SLAVICH È necessaria un'azione attiva per maturare la situazione; questo non è attendismo, nella speranza che la situazione maturi da sé, ma è un impegno soggettivo a far maturare la situazione.

JERVIS Però per far maturare la situazione noi finiamo per ricorrere proprio a quella cosa che tu vorresti escludere, la minaccia dell'apertura.

SLAVICH Non si tratta di minacciare di aprire il reparto, si tratta di non aprire improvvisamente, di non mettere le infermiere dinanzi al fatto compiuto.

JERVIS Si, ma come fai a minacciare di aprire il reparto se non sei disposto ad aprirlo? Cioè tu mi dici: io minaccio le infermiere di aprire il reparto, cosi loro intanto si mobilizzano, però intanto non lo voglio aprire e aspetto che siano loro a decidere. Se tu minacci di aprire il reparto e minacci le infermiere di aprirlo tu, bisogna che a questo punto tu sia pronto ad aprirlo veramente.

SLAVICH Bisognerebbe dire alle infermiere: secondo me si potrebbe aprire il reparto fra due mesi se facciamo questo, questo e questo e in questi due mesi farlo veramente.

BASAGLIA E poi ci saranno degli altri problemi e poi

degli altri problemi e poi ancora degli altri problemi.

SLAVICH I problemi nuovi non vengono presi in considerazione. Non è importante risolvere tutti i problemi che pongono loro, è importante che maturino in questo tempo e in questo tempo vedano avvicinarsi la data in cui si apre. Come in fondo è quello che è successo al reparto C uomini. Al reparto C uomini è stato sufficiente che fra gli infermieri ci fosse qualcuno favorevole, per poterlo fare; ma da un certo punto in poi c'è stata la coscienza dell'inevitabilità dell'apertura.

BASAGLIA Certo che per fare un'azione di questo genere bisogna partire in pochi, purtroppo si parte in pochi.

JERVIS Direi che si resta sempre pochi, perché se si è in molti, vuol dire che le cose vaniio troppo lentamente. Però il pericolo è che questi pochi che costituiscono l'avanguardia in primo luogo siano sempre gli stessi, e poi combattano contro dei nemici che vengono oggettivati come nemici invece di essere considerati delle persone recuperabili. Il pericolo di una avanguardia minoritaria di tipo barricadiero è quello di fucilare i possibili compagni di strada. Quindi chi non corre al nostro passo, non soltanto resta indietro, ma è un nemico: invece questo è molto pericoloso, perché chi va un pochino più piano può essere in realtà della brigata, e le fucilazioni si pagano.

SLAVICH E in effetti guarda che all'inizio ne abbiamo persi molti.

JERVIS Però è abbastanza singolare che la maggioranza degli infermieri siano ora dalla nostra parte. Lo sono solo per opportunismo? Io non credo.

BASAGLIA Forse non vedono altro modo di lavorare che questo, cioè pensano che non sia più possibile tornare al lavoro tradizionale.

SLAVICH Credo che siano pochissimi quelli che pensano ad un buon tempo antico. Forse c'è ancora qualcuno al reparto C.

BASAGLIA In realtà, adesso l'ospedale aperto funziona con pochissimi infermieri. Direi che funziona con una parte degli infermieri che sono in ospedale perché gli altri vengono alla mattina e non sanno neanche cosa fare se non pulire per terra. In altre parole nella concretezza dell'ansia, la loro ansia si concreta nel pulire per terra.

PIRELLA Direi che questa sia una delle grosse motivazioni contro l'apertura: perdono il senso della loro presenza nel reparto. Un capo-infermiere in uno dei primi giorni dell'apertura del C uomini ha detto che era molto meglio prima perché lui se ne stava nel suo ambulatorio e di li dirigeva tutto il reparto. Lo stare in ambulatorio mentre tutte le porte sono aperte, non ha più senso, i pazienti possono aprire la porta e

andarsene.

BASAGLIA In questo momento importantissimo per il rovesciamento della situazione istituzionale e tradizionale l'ansia è la condizione per lavorare. Per esempio, quelle tre assistenti sanitarie che sono venute qua a fare tirocinio, dopo un primo mese non avevano il coraggio di andare a prendere i soldi del mese perché si sentivano in colpa. Erano state in ansia un mese e non avevano capito che la loro ansia doveva venir pagata. Nel nostro lavoro di comunità il nostro ruolo non lo troviamo mai, ricorriamo al fantasma del ruolo, perché cerchiamo la norma, e la norma che rifiutiamo sempre; ma a stare in ansia si sta male. Cioè il momento di negazione che continuiamo a rincorrere forse è l'elemento determinante del nostro lavoro comunitario, ma so che la maggior parte di voi non è d'accordo su questa

JERVIS Si, su questa formulazione si.

SLAVICH Non penso che la negazione sia cosi negativa, negativa al punto che sembrerebbe che non lasci posto per una dialettica.

BASAGLIA Cerchiamo un ruolo dinamico insonqima, che però non sappiamo assolutamente cosa sia.

JERVIS Si, forse sappiamo che cosa è, ma continuamente ci chiediamo se in realtà non dovrebbe essere una cosa diversa.

BASAGLIA Sono venticinque anni che sono laureato in medicina ed io ho capito che cosa dovevo fare nel momento che sono venuto qua a fare il mio lavoro. Ma è un lavoro di medico? Io non so assolutamente che cosa sia un lavoro « di medico », o « di psichiatra » in una istituzione.

PIRELLA Il ruolo di negazione emerge invece molto bene. Ricordo le prime volte che ero qua, una delle mie preoccupazioni era che non succedessero incidenti. Uno dei miei impegni principali in un reparto che si stava aprendo o che era aperto, era che non succedessero degli « inconvenienti »; quindi era una preoccupazione essenzialmente limitativa. Poi ho capito che bisognava negare il reparto tradizionale.

BASAGLIA Io volevo dire un'altra cosa, un altro dei nostri casi: non si deve fare l'elettroshock, non si devono dare le medicine. Ebbene noi diamo le medicine in un certo modo, facciamo l'elettroshock, ma in maniera minima, cerchiamo di negare tutto: dovremo andare più avanti e capire cosa significano e negare anche queste cose.

PIRELLA Oggi un infermiere ha detto una cosa che mi è sembratà molto valida sul piano pratico: «Certo, mi pare che adesso sia il momento di discutere se rifiutare i farmaci ».

JERVIS Ma insomma cosa significa reparto chiuso, cosa

significa reparto aperto?

BASAGLIA Mi sembra che hai accennato tu prima questo, che cosa significa.

JERVIS Allora chiediamoci: perché si vuol aprire un reparto? Cioè voglio dire, perché ad un certo punto tutti gli sforzi puntano li? Per molti aspetti c'è un'ansia di perfezionismo per poter dire che tutto l'ospedale è aperto, per poter dire: io ho aperto quel reparto, per avere la soddisfazione di creare un caos per poi trovarsi dentro con infermieri, malati nella nuova situazione di ansia, ecc. Ma dal punto di vista istituzionale, dal punto di vista della distruzione dell'ospedale, cosa significa?

BASAGLIA Direi che dal punto di vista istituzionale, si tratta di un'esigenza personale che si iscrive nel significato generale della propria posizione politica. Non è che il nostro lavoro sia quello di aprire reparti, ma nella misura in cui siamo psichiatri che agiscono in una data realtà istituzionale, il nostro impegno è di rompere l'istituzionalità della realtà su cui agiamo.

JERVIS Dal punto di vista istituzionale, l'apertura del reparto forse si può giustificare come la rottura violenta di uno schema di equilibrio alla ricerca di un altro schema di equilibrio. Con le porte chiuse il reparto ha un suo equilibrio, una sua dinamica, aprendo le porte è costretto a cercarsi una nuova

dinamica e un nuovo equilibrio.

BASAGLIA Direi che un nuovo equilibrio avviene soltanto nel momento che sono aperti tutti i reparti, secondo me. C’è ancora ora un reparto non aperto che ci consente di continuare a negare: dopo dovremo andare alla ricerca di un’altra negazione per negare praticamente tutto.

JERVIS Si, insomma, l’aprire tutti i reparti ci riporta alla realtà; finché c’è ancora un reparto da aprire, c’è in fondo questo falso problema dell’apertura del reparto. In un certo senso è un problema che assorbe in sé tutti gli altri problemi. Questi invece verranno riproposti in modo chiaro soltanto quando l’ultimo reparto sarà aperto.

PIRELLA La riunione che abbiamo fatto sui farmaci dimostra che la prima negazione della realtà manicomiale è la creazione di una realtà ospedaliera. Il passo successivo lo stiamo già vivendo: è la negazione della realtà medica.

JERVIS Allora sono d’accordo. Quando dicevo prima che l’apertura del reparto non è il vero problema non volevo dire che l’apertura del reparto non si deve fare perché è secondaria; volevo soltanto dire che io ho l’impressione che finché tutti i reparti non sono aperti si rimane alla preistoria, cioè si rimane in uno spazio manicomiale in cui c’è sempre un angolo senza tempo.

Quando tutti i reparti sono aperti si passa alla storia.

BASAGLIA Il problema nostro è di fare la comunità terapeutica sulla negazione e non una comunità terapeutica che comincia da una base già riformata. Ammettiamo di entrare con tutta la nostra staff in una situazione come è adesso, in un ospedale aperto, cosa faremmo noi? Certamente il nostro atteggiamento sarebbe molto diverso da quello che è stato all'inizio. Se noi andiamo via di qua, supponiamo, e viene un'altra staff nettamente diversa, certamente fa un lavoro diverso dal nostro; non sarebbe più un lavoro basato sulla negazione.

JERVIS In un certo senso adesso è molto facile fare dell'antipsichiatria.

BASAGLIA No, noi facciamo della non-psichiatria.

JERVIS Dopo che tutti i reparti sono aperti, bisogna riuscire a stabilire con maggior chiarezza quali sono i nostri nemici per non affievolire la negazione della psichiatria.

BASAGLIA Mi sembra che se la rivoluzione ha bisogno di una violenza, la nostra violenza è. l'apertura di un reparto.

JERVIS Perché sia fatto qualcosa dopo l'apertura bisogna che la tensione antipsichiatrica si mantenga, altrimenti si finisce in un riformismo, in un perfezionismo.

BASAGLIA, Saremmo nell'impasse di tutte le situazioni

sottosviluppate.

JERVIS Si, ma in questo momento noi siamo ancora dei rompi tori di ospedale; veramente credo che per passare dalla rottura dell’ospedale alla rottura della psichiatria, bisogna che facciamo un salto qualitativo.

BASAGLIA Lo facciamo contemporaneamente: la rottura dei reparti, e la rottura della psichiatria.

SLAVICH Aprendo tutti i reparti noi siamo appena al punto in cui si aboliscono i debiti e si dà la terra ai contadini. Però in questo momento, nel momento in cui siano aperti tutti i reparti, si pone più urgentemente il problema della natura psichiatrica della nostra opera.

JERVIS Si, soltanto che Basaglia dice giustamente che esiste un modo, che non è un modo qualsiasi, in cui l’apertura dei reparti viene fatta. Questa è già una premessa per una negazione ulteriore, per una contestazione della psichiatria che va molto al di là della semplice negazione della realtà manicomiale tradizionale: noi quindi facciamo molto di più che sostenere che si devono aprire i reparti. Quindi c’è già la preparazione per il lavoro futuro di quando i reparti saranno aperti.

SLAVICH Quando tutti i reparti saranno aperti si potrà cominciare ad aggredire certi meccanismi di potere all’interno: ad esempio il fatto che certe malate sono forzate a risparmiare da parte di certe persone. Questo

naturalmente sarà un problema abbastanza grosso.

JERVIS In un certo senso direi che noi possiamo essere abbastanza ottimisti per il fatto che l'apertura del reparto è un problema e non un fine.

BASAGLIA A me sembra che poi c'è il fatto che dopo la negazione istituzionale viene fuori il problema psichiatrico.

PIRELLA A questo punto mi sembra che andrebbe chiarito il problema psichiatrico.

BASAGLIA Il fatto è che in realtà noi non sappiamo che cosa è la psichiatria moderna, perché molto probabilmente la psichiatria moderna non è altro che un perfezionismo della vecchia psichiatria. Non è altro che l'ospedale perfezionato.

PIRELLA La psichiatria moderna non è altro che il tentativo di rendere l'esclusione meno manifesta e più ovattata.

Può essere interessante riferire, come esempio di verifica pratica della discussione che precede, quali sono stati i tempi e le modalità di apertura dei due ultimi reparti chiusi, il C uomini e il C donne. Nonostante che il grado di coinvolgimento dell'intero reparto sia stato diverso nei due casi, in entrambi è stata necessaria la pressione costante di quella che nella discussione è chiamata « avanguardia », formata da alcuni medici, dalla

psicologa, dall'assistente sociale, e da alcuni infermieri, per giungere ad una decisione che, comunque la si voglia considerare, è sempre un atto di rottura qualitativa rispetto al passato. L'atteggiamento dei degenti oscillava tra la continuazione della dipendenza istituzionale e un'ambivalenza rispetto al problema legato alle opinioni del personale. Tuttavia da taluno era espresso un chiaro parere favorevole.

L'apertura delle porte del reparto C uomini è avvenuta il 14 luglio 1967. Essa è stata preceduta, nel corso dell'ultimo anno, da una serie di decisioni liberalizzatrici. La più significativa di esse riguardava il crescente numero di degenti che avevano conquistato la facoltà di uscire dal reparto quando lo volessero senza essere accompagnati. Nei giorni precedenti l'apertura era stato deciso di fare una verifica, nel corso delle riunioni di reparto (infermieri e degenti, particolarmente le prime), della possibilità concreta di procedere all'apertura delle porte. L'équipe medica e un certo numero di infermieri manifestavano, con maggiore o minore veemenza, la necessità di aprire senz'altro il reparto, mentre talune remore e opposizioni provenivano da una parte del personale. Le tappe della decisione furono queste. Nel corso delle riunioni si decise inizialmente che l'apertura sarebbe stata attuata in prossimità della sagra annuale che si sarebbe tenuta nella

prima settimana di agosto. Successivamente emerse, anche per pressioni da parte di impazienti (l'ansia dell'attesa forse sembrava intollerabile o assurda, in quanto non legata a nessun specifico «preparativo») l'opportunità di aprire subito il reparto, molto più presto. Si fissò la data del 17 luglio, un lunedi. Tale decisione era scaturita da una riunione avvenuta il 13 luglio.

Il giorno successivo il reparto fu aperto con una manifestazione significativa. Vi fu persino un brindisi con l'aranciata, voluto da un degente, leader di un altro reparto, che aveva assistito all'apertura, e che volle farsi fotografare mentre scagliava lontano un mazzo di chiavi. La decisione fu cioè anticipata con una scelta del reparto, propiziata dalla presenza in turno di un capo-infermiere che sosteneva calorosamente l'apertura, con altri infermieri solidali.

È da notare che il coinvolgimento finale di quella parte del personale che si era sempre opposto all'apertura passò attraverso un interessante elemento contraddittorio. Si era cioè evidenziato che solo con l'apertura il reparto avrebbe definitivamente potuto perdere quella connotazione negativa che ne aveva fatto il luogo degli ultimi esclusi. Ciò si rese manifesto in modo clamoroso con la richiesta ripetuta da parte di un degente del reparto, laborioso e « utile » per i lavori di pulizia, di cambiare reparto. La ovvia impossibilità di opporsi a tale richiesta,

che faceva leva sul passaggio dal reparto chiuso ad uno aperto, rese evidente che l'irrigidimento in una posizione di rifiuto avrebbe mantenuto il reparto in una condizione di degradazione e di «confino». I «migliori» tra i degenti se ne sarebbero lentamente andati e sarebbe rimasta, da parte del resto dell'ospedale, la tentazione di trasferirvi i « peggiori ». L'apertura del reparto rispondeva cosi non solo ad una decisione della « avanguardia » ma a esigenze obiettive non contestabili. Paradossalmente, il reparto chiuso in un ospedale aperto è costretto a negare se stesso.

Negli ultimi mesi prima dell'apertura del C uomini, l'esistenza di un analogo problema per la metà femminile dell'ospedale era stato messo quasi del tutto in ombra. Questo fatto perdurò anche dopo l'apertura dell'ultimo reparto chiuso maschile, quasi che il successo ottenuto nell'aver aperto del tutto una metà dell'ospedale non consentisse di pensare ad altro.

Quando l'attenzione si portò sul C donne, l'assemblea generale costituì il luogo naturale per una riproposizione del problema: l'ultimo reparto chiuso divenne la colpa di tutti, ma in particolare delle sue infermiere, che si sentivano implicitamente accusate di non compiere il passo che ognuno ormai si attendeva da loro. Il problema a questo punto fu portato avanti ulteriormente mediante l'istituzione di una riunione settimanale per le infermiere

di tutti i reparti femminili: in questa sede, le infermiere del C furono ulteriormente colpevolizzate dalle colleghe, fino a sfiorare un sentimento di ineluttabilità e di paralisi. Non del tutto a torto, esse avvertirono in quella sede di essere costrette a un ruolo di « capro espiatorio » dell'ospedale. All'interno del loro gruppo, si cominciò in questo periodo a maturare Una piccola minoranza che aderiva alla esigenza di avanguardia: essa non riuscì tuttavia a strutturarsi e a trovare un leader, che si contrapponesse alle persone che sordamente continuavano a boicottare la liberalizzazione del reparto.

Il risultato fu una adesione quasi fatalistica al progetto di apertura, e infine un atteggiamento di passività nei confronti del direttore e della équipe dirigente, che « comunque avrebbe aperto il reparto ».

Questa deresponsabilizzazione delegò di fatto alla équipe il compito di fissare la data dell'apertura. Prima fu prospettata come imminente, « prima di Natale », in un tempo generico che consentiva di procrastinare ogni eventuale «preparativo» all'apertura (in particolare, il trasferimento in altri reparti già aperti di alcune malate - « i problemi » - deciso dalle degenti e dalle infermiere del reparto di provenienza, discusso e accettato in quello di destinazione). La scadenza venne poi resa più pressante, « entro un mese » perché « i preparativi » fossero accelerati. Ma ci si accorse che tutti i preparativi

potevano essere considerati insufficienti a garantire la possibilità di apertura, e che la durata di tempo fino alla scadenza si riempiva di giustificazioni ambigue.

Cosi la sera del 21 novembre, nella riunione settimanale di tutte le infermiere, il direttore chiese: perché non domani? e nessuno volle opporsi.

La dinamica interna del gruppo infermieristico nel suo insieme aveva subito una modificazione evidente, e le infermiere si assumevano la responsabilità di gestire il reparto dopo l'apertura, di affrontare la nuova situazione, pur rifiutando di farla propria come libere protagoniste del rovesciamento.

Domenico Casagrande

Una contraddizione istituzionale: il reparto alcolisti

BEN Io sono contrario che gli alcolisti vivano fra di loro e se qualcuno mi dicesse di venire alla *comunità sociale* [29] io chiederei subito il perché. Io preferisco vivere insieme agli altri perché trovo che il problema degli alcolisti è uguale a quello degli altri, degli altri ammalati affetti dalle altre malattie, chiamiamole pure mentali. Io personalmente sono contrario perché vivendo assieme ad altri alcolisti in altri istituti, li sentivo dire ad un certo punto: ma noi non siamo mica matti, noi siamo alcolisti e basta. Invece io penso che i problemi di noi alcolisti e quelli degli altri ammalati siano gli stessi.

CASAGRANDE Oltre ai motivi ora accennati e che mi sembra riguardino il problema generale del rapporto degli alcolisti cogli altri degenti, esistono, a suo avviso, altri motivi più strettamente legati alla struttura di questo ospedale oppure no?

BEN Si, mi dà fastidio vedere un reparto alcolisti da solo, per esempio vedere gli infermieri che, a differenza dei loro colleghi degli altri reparti, non portano la divisa, vedere gli alcolisti insieme, farsi spesso da mangiare per conto loro e cosi via, mi pare una cosa che è ingiusta insomma. Preferirei vedere gli alcolisti insieme agli altri ammalati, non solo perché hanno gli stessi problemi, ma anche perché allora bisognerebbe mettere gli schizo con gli schizo, i depressi coi

depressi e così via, mentre qui si tende a vivere tutti insieme.

CASAGRANDE Se ho ben capito a suo avviso si è venuta creando una struttura che contrasta con il resto dell'ospedale?

BEN Si, sì, proprio questo; infatti ho parlato con altri alcolisti che purtroppo non sono qui adesso, invitandoli a venire con me a partecipare a questa riunione e loro mi hanno risposto: « No, lì al reparto alcolisti cogli altri noi non c'entriamo ».

Questo dialogo è stato estratto dalla registrazione di una delle riunioni quotidiane dell'unico reparto dell'Ospedale che si è costituito usando un parametro nosografia). In questo reparto infatti, denominato comunità sociale, vivono diciassette alcolisti. Il degente però che qui interviene non fa parte di questo nucleo, ma ha chiesto di prendere parte per qualche tempo alle riunioni degli alcolisti come osservatore. Dopo un periodo della durata di circa dieci giorni, durante i quali ha partecipato in apparenza passivamente, quando uno dei degenti ha posto il problema del modo in cui vengono considerati coloro che vivono in questo reparto dagli altri membri della comunità, è intervenuto, come dimostra la documentazione, mettendo in discussione la validità o meno dell'esistenza di questa struttura in rapporto

all’istituzione nella sua totalità.

Come risulta chiaramente dal dialogo da un lato e come confermato indirettamente dal problema posto dal degente del reparto alcolisti dall’altro, Ben si pone come portavoce lucido e consapevole di una contraddizione presente in gran parte di coloro che vivono e agiscono nella comunità ospedaliera, siano essi degenti, medici o infermieri.

La denuncia di Ben trova riscontro in varie insofferenze che si sono manifestate via via nel tempo, fino ad avere la loro conclusione in atti di rottura.

L’ospedale ormai vive una situazione di libero movimento e di libere comunicazioni, in cui le contraddizioni vengono messe a nudo e si fanno presenti a tutti i livelli. Ora si è in una crisi che richiede una riconsiderazione sul significato del reparto alcolisti, crisi che si evidenzia, dopo il dialogo riportato, anche in una riunione della équipe curante, dove ci si trova ad analizzare la ragione dell’esistenza di un reparto che fino allora era sembrato la soluzione più avanzata e conforme all’organizzazione generale.

Il reparto alcolisti nasce un anno e mezzo fa e cioè nell’aprile 1966. È questo un periodo difficile nella storia dell’ospedale. Due reparti sono ancora completamente chiusi, le assemblee generali di comunità sono iniziate da

circa sei mesi, non tutti i reparti hanno ancorà le loro riunioni. Si è in un momento in cui dal rovesciamento istituzionale ancora in atto, dalla negazione di una vecchia organizzazione concentrazionaria, che dà come unico risultato lo svilimento dell'uomo, e la spogliazione della sua dignità, si prendono le mosse per la creazione di una nuova organizzazione di cui non si conosce e non si può prevedere l'evoluzione nel tempo. In simili frangenti qualsiasi cosa si realizzi, che neghi l'istituto tradizionale, ha valore ed assume significato; in altri termini qualsiasi cosa è ben fatta. È questo il momento in cui la comunità terapeutica prende forma ed inizia la sua espansione all'interno dell'ospedale. Sarebbe comunque erroneo pensare che questo reparto sorge solo per essere *à la page*; per contro la sua costituzione corrisponde ad una esigenza come è accaduto per tutte le realizzazioni che l'hanno preceduta e per quelle che la seguiranno. Nel riammodernamento del reparto accettazione uomini infatti ritroviamo le radici della sua formazione.

Finito il restauro, i degenti, che durante i lavori erano stati divisi in gruppi e dislocati in edifici diversi, si trovano ricongiunti. Tuttavia portano con sé elementi di diversificazione che si erano venuti a poco a poco formando e consolidando nella precedente suddivisione. Cosi troviamo da un lato i « dispensari » (quelli cioè ricoverati con impegnative mutualistiche) che hanno la

possibilità di rifiutare più o meno il ricovero, godono di una maggiore libertà di movimento, vivono in stanze separate dagli altri ed hanno un cibo migliore. Accanto a loro ci sono gli psicotici, considerati come coloro che maggiormente occorrono di assistenza, perché più deboli, in quanto incontrano maggiori difficoltà ad amalgamarsi cogli altri e che fino ad allora avevano partecipato ad un gruppo di psicoterapia costituito proprio allo scopo di rafforzare il loro debole, e allo scopo di facilitare il loro inserimento cogli altri degenti. Ancora poi abbiamo gli alcolisti ed anch'essi fino allora avevano partecipato a sedute psicoterapeutiche, tendenti a sfruttare il fatto che questi pazienti trascorrevano insieme le varie ore della giornata, formando un nucleo omogeneo, che riduceva al minimo indispensabile il contatto cogli altri degenti. Infine un ultimo gruppo comprendente i nevrotici, i depressi, gli organici, i vecchi. C'è quindi un problema di omogeneizzazione di queste quattro categorie, che non corrispondono certamente ad esigenze nosografiche, ma indicano piuttosto quattro diverse connotazioni sociali frutto di una situazione particolare. Come non riconoscere dei privilegiati di prima classe nei dispensari? E gli psicotici non sono forse gli «incomprensibili», coloro che vengono considerati gli unici e veri « matti », da cui ci si deve differenziare continuamente e che sarebbe meglio ricoverare nel reparto chiuso? Gli alcolisti poi non sono i

viziosi, colpevoli di non aver forza di volontà, bisognosi più che altro di severità e polso duro? Ed infine chi sono gli altri se non persone che si fanno ricoverare per riposarsi o per sfuggire ai loro impegni di lavoro, oppure dei vecchi lamentosi senza senso, o persone che piangono senza nessuno scopo, in definitiva dei « rompiscatole »?

Non è certamente facile l'omogeneizzazione fra privilegiati ed oppressi, fra colpevoli e paria. Non sembra certamente una soluzione estendere i gruppi psicoterapeutici anche agli altri sia per motivi di ordine teorico, sia, e a maggior ragione, per cause pratiche. Infatti manca il tempo per continuare anche quelli che già erano avviati ed inoltre diventa estremamente difficile al medico giocare ad un tempo ildoppio ruolo di psicoterapeuta e di socioterapeuta comunitario. Il problema va comunque risolto e la via più indicata, dato che si è resa libera anche un'ala di un reparto lungo-degenti, sembra allora l'allontanamento degli alcolisti. Ma perché proprio loro, ci si chiederà, e non una qualsiasi delle altre categorie?

Molte sono le considerazioni che hanno fatto propendere per questo gruppo: innanzitutto è il più forte e il più numeroso, è quello con un maggior numero di recidive: ci troviamo ad agire in una provincia compresa in una delle regioni a maggior incidenza di alcolisti. Inoltre la loro separazione fa presumere una maggior possibilità di

coesione fra le rimanenti classi. Ci si avvia verso una nuova esperienza di cui non sappiamo prevedere l'evoluzione e che speriamo possa portare a delle delucidazioni nel campo dell'alcolismo.

Ha cosi inizio la vita del nuovo reparto che prende l'avvio da un primo nucleo di degenti comprendente tutti coloro che avevano fatto parte del gruppo psicoterapeutico. Man mano che si liberano posti in seguito a dimissioni vengono immessi altri alcolisti provenienti in massima parte dal reparto accettazione. Come criterio di scelta ci si attiene all'alto numero di recidive e alla difficoltà di soluzione di problemi sociali. Quindi in questo nuovo reparto sono sempre accolti degenti con dipendenza alcolica non recente, molti dei quali con varie esperienze precedenti di ricovero in ambienti tradizionali, con alle spalle vari episodi di diverso tipo di intossicazione acuta e con segni di deterioramento psichico. Inoltre per la maggior parte si tratta di persone già « constatate », cioè che, secondo la legge del 1904 sull'assistenza psichiatrica, hanno superato il periodo di osservazione, sono quindi associate all'ospedale e socialmente stigmatizzate.

Il reparto è totalmente aperto, comprende un massimo di diciassette degenti ed a tutt'oggi ha registrato la presenza di sessantadue persone. È retto comunitariamente secondo i canoni dell'autogoverno. Si tengono alla sera riunioni

quotidiane a cui partecipano degenti, medico ed infermiere, in cui si prende insieme ogni tipo di decisione. Tali riunioni rappresentano un momento di verifica e contestazione reciproca, con tutti i limiti e le contraddizioni che questo indirizzo comporta (si veda ad esempio il saggio sull'autogoverno in questo stesso volume). Nell'evoluzione del reparto si riconoscono diverse fasi.

In un primo momento si assiste ad un rifiuto di collaborazione. Le assenze dalle riunioni sono numerose, ognuno tende a stare per proprio conto e cerca di crearsi un proprio spazio al di fuori del reparto. Ma proprio le difficoltà che incontrano nel rapporto cogli altri, per quella sorta di formazione di dinamiche di malafede e reciproca incomprensione che si stabiliscono fra alcolista e non alcolista, determinano il ritorno nel gruppo. La partecipazione diventa più attiva, ormai la « cultura comunitaria » sta diventando patrimonio comune, viene a poco a poco riconosciuto il fine comune terapeutico che unisce medico, infermiere e degente. L'esempio del primo reparto retto a comunità terapeutica diventa un modello da seguire. L'unione viene trovata in momenti di discussione che vanno da fatti elementari come il cibo ad altri più complessi che comportano anche un maggior senso di responsabilizzazione. Il degente viene cosi a poco a poco a rendersi cosciente delle sue possibilità decisionali

nell’ambito della conduzione del reparto e della formazione delle norme che devono reggerlo. Comincia a sentirlo come una cosa sua, che gli appartiene e non più come qualcosa che gli viene arbitrariamente imposto dall’alto. All’inizio infatti si è considerato come una persona che viene allontanata dagli altri, a cui non è concesso di stare nel reparto accettazione e lo si vuole avvicinare ai lungo-degenti, è per questo che non intende accettare la sua nuova sistemazione, cerca di allontanarsene, di sabotarla, ma quando esperisce le proprie difficoltà di rapporto con gli altri, vi ritorna, vi scopre delle nuove possibilità, vi si sente rassicurato e si prepara a difenderlo. È di questo primo periodo infatti la ricerca da parte di coloro che sfuggivano il reparto, di inserirsi a livello della comunità generale, cosi alcuni che indirizzano il proprio tentativo di inserimento nell’assemblea generale, esperiscono proprio qui le loro difficoltà, vengono continuaménte stigmatizzati dagli altri, di cui non riescono a sopportare d’altra parte le rimostranze, che a volte vengono loro mosse. Quando poi riescono a raggiungere qualche incarico di una certa responsabilità (tipo ad esempio la presidenza dell’assemblea), non riescono a condurre a termine il proprio compito. I loro tentativi di strumentalizzazione sono quasi sempre demistificati fin dall’inizio, rimanendo di fronte agli altri senza alcuna difesa, senza alcun

paravento dietro cui coprirsi. Al bar, dove tutti possono consumare una birra giornaliera, spesso si sentono rifiutare anche questa. Si accorgono cioè di essere gli *alcolisti dell'ospedale*, per i quali non esiste comprensione. Se uno urla, litiga, si rende noioso, in fondo la comunità lo sopporta, se uno beve al bar qualche birra in più e poi disturba, in fondo viene capito e sostenuto, ma se lo fa uno del reparto alcolisti ecco che il margine di sopportazione non esiste più, improvvisamente si annulla ed egli diventa il capro espiatorio di tutte le tensioni. Le riunioni di reparto di questo periodo si risolvono spesso in lunghi silenzi e i pochi interventi da parte dei degenti tendono a sottolineare un clima di oppressione oppure svolgono temi vagamente persecutori che sono l'indice del loro rigetto da parte della comunità ospedaliera. Ecco che sorge l'esigenza di crearsi un proprio spazio come alternativa all'esclusione degli altri.

Inizia quindi una seconda fase che vorremmo definire di assestamento. Si prendono sempre maggiori iniziative e si giunge ad una distribuzione di compiti. In questo periodo alcuni si mettono in evidenza per le loro capacità, raccogliendo il consenso degli altri. Si formano cosi i primi leaders che sono coloro che propongono iniziative, che portano a compimento responsabilizzando anche gli altri. Loro si pongono come portavoce del reparto nelle assemblee generali di comunità e costituiscono un punto di

riferimento alternativo al medico ed all'infermiere. Quando l'alcolista tenta una sortita, cercando ancora un rapporto con degenti di altri reparti, sperimenta però una sua ulteriore sconfitta che si risolve in una ulteriore convinzione della sua emarginazione. Ciò lo porta da un lato a consolidare la propria fiducia nel gruppo, in cui si sente rassicurato, e dall'altro a prendere coscienza di aver trovato una modalità diversa per porsi con gli altri, che non sia la propria dipendenza alcolica. Infatti nel gruppo egli si accorge di non trovarsi più di fronte ad una autorità cieca ed oggettivante, a cui non riesce a contrapporsi, che costantemente lo colpevolizza, che lo costringe alla propria dipendenza come unica possibilità di rapporto seppure reificato ed oggettivante. Non esperisce cioè una situazione che lo opprime, bensì una situazione conflittuale in cui gli vengono proposte continue alternative. Non è più l'altro che sceglie per lui ma è lui che si trova continuamente nella possibilità di essere se stesso. Questo comunque lo sperimenta solo in reparto in cui appunto scopre gradatamente le proprie capacità di tenere testa all'altro e scopre che può vivere con l'altro senza mascherarsi o mentire. Si sente cioè « compreso ed accettato », mentre quando è fuori dal suo gruppo si sente continuamente addosso un marchio che lo perseguita e lo costringe ad un ruolo che non accetta. Perciò ricerca nel suo gruppo una continua maturazione dei rapporti

reciproci, una sempre maggiore ricerca di chiarezza e consapevolezza, una migliore omogeneizzazione. In questa fase il reparto acquista maggior forza, si pone come esempio agli altri reparti in virtù delle proprie iniziative (gite in città, cene, scampagnate, organizzazione di feste). Inoltre avvia rapporti con l'esterno dell'ospedale, sia in virtù delle iniziative accennate, sia facendo partecipare sempre più numerosi i familiari alle riunioni. È proprio in questo periodo che si tende a rifiutare la denominazione di reparto alcolisti e viene espresso dai degenti e dagli infermieri il nome di « comunità sociale » come tentativo simbolico di rifiutare la esclusione, rovesciandola nella sottolineatura comunitaria dell'esperienza in corso. Contemporaneamente però si fanno sempre più rari i rapporti col resto della comunità ospedaliera.

La partecipazione degli alcolisti alle riunioni di assemblea generale è sempre più sporadica, le rare volte che intervengono lo fanno in gruppo al solo fine di strumentalizzarla per qualche progetto che hanno in cantiere: sono gli unici che non prendono parte a gite collettive. Individualmente cercano di monetizzarsi il più possibile per non esporsi, ponendo d'altra parte tutti se stessi nel portare il reparto su una posizione di avanguardia. È questo il loro modo di reagire all'esclusione della comunità a cui hanno risposto con la costituzione di un reparto guida che tende a sua volta ad

escludere. Ora sentono che hanno qualcosa di costruttivo da opporre agli altri, con soddisfazione vedono che anche gli altri reparti stanno seguendo le loro tracce. Si raggiunge l'acme quando tutta l'assemblea decide che per le gite del nuovo anno ogni reparto dovrà interessarsi per le sue. Il reparto alcolisti cosi s'illude di aver vinto la propria battaglia. Ormai tutto l'ospedale è aperto, a tutti è diventato possibile un libero movimento. Le comunicazioni fra i vari reparti e i vari degenti sono anch'esse maggiormente liberalizzate. C'è una maggiore possibilità di scambi di vedute, c'è una maggiore necessità di confronto anche al di fuori delle sedi istituzionali rappresentate dalle varie riunioni. Gli alcolisti si accorgono cosi di avere troppo ristretto il kfro spazio; sentono la necessità di dilatarlo, hanno ormai preso coscienza che in definitiva il meccanismo che li ha condotti al ricovero è lo stesso che ha condotto gli altri ricoverati; si rendono cioè consapevoli della loro esclusione dalla società. Sembra quindi loro logico tentare una omogeneizzazione col resto dell'ospedale. Viene allora organizzata una festa offerta dalla « comunità sociale a favore della comunità ospedaliera »; per questa realizzazione vengono da tutti lodati e ringraziati. È questo quindi considerato il momento buono per lanciarsi. In questa controffensiva non vengono però tenuti presenti alcuni fatti significativi.

Già da tempo accadeva infatti che alcuni pazienti provenienti da altri reparti, consigliati dal medico ed accettati dopo presentazione e discussione al reparto alcolisti, manifestavano poi comportamenti regressivi. Portiamo ad esempio il caso di Giovanni, a cui era stata offerta la possibilità o meno di trasferirsi al reparto alcolisti, dove avrebbe meglio potuto affrontare le proprie difficoltà. Egli in realtà visse questo invito come un ordine. Nei giorni successivi fece continui gesti di rottura. Richiesto di una spiegazione, affermava di essere stato costretto al trasferimento, in quanto si era reso conto che, con un rifiuto, non avrebbe impedito al medico di ottenere alla fine, con atteggiamenti persuasivi di pressione, ciò che intendeva attuare. Se questo da un lato era un comportamento che tendeva a mettere in crisi il ruolo del medico, visto come autorità oppressiva, d'altra parte sottolineava il rifiuto di una condizione che veniva sentita come negativa. Ciò era avvalorato anche da altri due casi di ex degenti del reparto alcolisti, che, ricoverati per una recidiva al reparto accettazione, rifiutarono il trasferimento, pur partecipando per contro attivamente e spontaneamente alle riunioni. Spesso poi succedeva che durante le riunioni dei vari reparti o dell'assemblea generale, quando venivano messi in discussione alcuni casi di persone che durante permessi o temporanei allontanamenti avevano abusato di alcolici, disturbando

poi tutti al loro ritorno, si sentiva spesso la minaccia dell'invio al reparto alcolisti, che veniva pertanto vissuto non più come luogo privilegiato, bensì come luogo di punizione.

Quando l'alcolista pone in atto il proprio proposito di omogeneizzazione col resto della comunità trova una realtà diversa da quella che si era immaginata. La libera comunicazione dell'ospedale gli ripropone delle contraddizioni che aveva scotomizzato quando viveva nel ristretto mondo del suo reparto. Cosi quando partecipa alle assemblee generali prende improvvisamente coscienza che il suo reparto, che fino allora aveva così gelosamente difeso e che credeva il migliore, viene considerato dagli altri un luogo di punizione. Sente che la frase che per tanti anni era circolata e che anch'egli aveva usato: « Se non sei buono ti mandiamo al reparto C » (il reparto chiuso), è stata sostituita dall'altra: «Se bevi e ci disturbi ti mandiamo alla frasca » [30] Si rende perciò conto di essere ancora più di prima uno stigmatizzato. L'apertura completa dell'ospedale infatti ha portato come altra conseguenza la scoperta, da parte della comunità, che i rinchiusi, coloro che erano tenuti o perché *non capivano*, o perché *erano cattivi*, o perché *scappavano*, e quindi *irresponsabili*, in fondo erano come tutti gli altri. Solo un caso aveva fatto sì che fossero gli ultimi ad essere « liberati ». In fondo dimostrano di impadronirsi in maniera

responsabile del nuovo spazio che viene loro concesso e per contro sottolineano, in modo più vistoso, la difficoltà dell'alcolista a prendere possesso del proprio spazio che viene o dilatato o ristretto sempre oltre misura. Quindi ora è l'alcolista che diventa l'irresponsabile, colui che rompe la regola.

Ecco allora che improvvisamente gli è chiara la difficoltà di trasferimento, ecco ancora che vive il reparto non come un luogo che l'istituzione ha creato per aiutarlo e difenderlo, ma per difendersi dai meccanismi autodistruttivi che a volte egli mette in atto. Giungendo a contatto cogli altri reparti, infatti, si accorge che il margine di sopportazione che hanno gli altri verso il codegente alcolista è alto e che solo quando viene superato un certo limite scatta un meccanismo di esclusione e questo, guarda caso, lo indirizza verso il reparto alcolisti. A questo punto gli si propone una scelta, o combattere la propria esclusione ed unirsi agli altri, riconoscendoli come se stesso o essere nuovamente sconfitto.

L'alcolista infatti che giunge all'ospedale è già un escluso, in una società che non lo comprende e che non accetta i deboli, per cui allontana da sé ciò che pur essendo suo non vuole riconoscere, oggettivandolo e rendendolo altro da sé per non essere costretta a mettersi in discussione.

L'alcolista viene quindi affidato all'istituzione, per essere allontanato dalla vista, perché sia colà conservato o al massimo restituito come la società lo vuole. « Dategli qualche compressa che non lo faccia più bere », « Fatelo diventare più buono », « Quando non beve è tanto buono, mi ascolta, fa tutto quello che gli dico, è quando ha bevuto che ha sempre da protestare »: spesso queste sono le parole che lo accompagnano all'ingresso. Si trova comunque nella stessa situazione di tutti gli altri ricoverati e contesta nell'unica maniera che sa: cioè approfittando della libertà di cui gode bevendo e compiendo gesti di rottura. Qui comunque a poco a poco esperisce una nuova possibilità di rapporto, si lega allora maggiormente al gruppo, nel quale ritrova se stesso, nel quale non si sente più rifiutato, e se ne serve come di una palestra. Nel gruppo quindi si rafforza e col gruppo entra in competizione col resto della comunità. Contemporaneamente prende coscienza della propria esclusione, che è anche quella degli altri degenti della comunità, in cui finalmente riesce a riconoscere se stesso. Nel momento però che tenta di stabilire un rapporto paritetico con gli altri degenti si trova ricacciato nuovamente nella situazione di partenza. Lui infatti non è

Luigi o Mario, ma è Palcolista, è il colpevole, è il diverso. È Punico che ancora in una situazione in cui tutte le etichette sono messe fra parentesi, si senta addosso la

sua come Punica. Viene cosi di nuovo oggettivato, compresso nel suo spazio da cui ha cercato disperatamente di uscire, ripiomba in una situazione ancora più tragica di quella che aveva tentato di lasciarsi dietro le spalle, in quanto si rende cosciente di essere Vescluso in una comunità di esclusi. Il suo compito a questo punto diventa estremamente difficile. Troppi sono i fronti su cui ormai deve impegnarsi, è assalito da un'ansia che non riesce più a dialettizzare, cerca quindi di contestare l'istituzione che l'ha rinchiuso nel ghetto. Tenta di metterla in crisi adottando le armi che questa gli ha dato, ma non più in maniera costruttiva, bensì distruttiva. L'unica cosa che gli rimane da fare è distruggere questo reparto che si dimostra essere solo una contraddizione nella nuova situazione che si è andata via via evolvendo. È su questo sfondo che il reparto entra in crisi. La crisi quindi ha un senso, ha un significato, ha uno scopo. L'istituzione non può più ignorare questa situazione, deve farla sua e chiarirla.

Riportiamo qui alcuni passi più salienti di una registrazione della riunione della *équipe* curante:

BREGANT A mio avviso quello che è venuto a cambiare nel reparto è il sistema. Sto dicendo cioè che la dinamica del sistema si è cristallizzata con l'assorbimento quasi totale di tutte le iniziative. Cioè,

vorrei dire, che in qualche modo si è avuta una involuzione. Noi adesso ci domandiamo: cosa dobbiamo fare? Ricercare nuove iniziative, maggiore elasticità nella presa di coscienza di ogni singolo individuo? Non so, ma sento che in qualche modo il sistema va revisionato e rivisto.

CASAGRANDE Mi sembra che prima di potere ricercare delle soluzioni ci si debba chiedere come mai si sia venuta determinando una tale situazione. Nel momento dell'inizio dell'esperienza uno degli inconvenienti che si cercava di evitare era che il processo di maturazione del gruppo avvenisse senza dar luogo ad azioni di rottura che lo avessero coinvolto, ora invece ci troviamo proprio di fronte a questa realtà e secondo me questo fatto trova la sua origine nel problema dell'integrazione della comunità sociale con la comunità ospedaliera.

TRONCAR Il fatto è che la comunità sociale tutte le volte che si è posta di fronte alla comunità generale ha adottato la tecnica di cercare di strumentalizzare senza porre in crisi se stessa.

BASAGLIA Se noi pensiamo alla personalità dell'alcolista è indubbiamente difficile pensare che, in una situazione comunitaria come la nostra, riesca a mettersi in discussione per entrare in crisi. Difficilmente correrà questi rischi. Credo che come

gruppo abbia troppa forza per subire un attacco di questo tipo da parte dell'ospedale. Mi sembra invece piuttosto che vada discusso quello che ha detto Casagrande. Che cosa sono questi alcolisti che entrano spontaneamente e che sono consapevoli della loro dipendenza? Si tratta di persone che bevono in maniera smodata, molti dei quali entrano in maniera coatta, contro la loro volontà e vengono poi inviati in quel reparto perché cosi vuole la comunità generale o il medico. Eventualmente c'è un atteggiamento pedagogico della comunità che li porta ad una determinata situazione. Ma c'è di più, questo è un reparto alcolisti particolare rispetto agli altri reparti analoghi, perché è una comunità che vive in mezzo ad un'altra comunità di malati.

CASAGRANDE Ma io infatti mi sono chiesto più volte come mai qui gli alcolisti che pure riconoscono la propria dipendenza rifiutano di essere chiamati alcolisti, cosa che ad esempio succede all'anonima alcolisti.

BASAGLIA Ma certo, perché nel nostro caso si tratta di una comunità all'interno di un'altra comunità che considera gli alcolisti in modo particolare.

TRONCAR Qui ogni volta che uno dice di essere alcolista viene subito colpevolizzato.

DI CECCO Si, però sentiamo ogni giorno dire: sono qua

perché ho una grande dipendenza dall'alcool e non riesco a fare a meno di bere.

BREGANT Io vorrei fare un esempio di questi giorni, Giuseppe B. che all'inizio negava di essere un bevitore, alla fine riconosceva la propria dipendenza, ma non voleva nominarsi alcolista.

CASAGRANDE In effetti è evidente che rifiutino l'appellativo di alcolisti, in quanto per loro diventa un marchio che li connota negativamente, vengono cioè posti in una situazione svantaggiosa rispetto agli altri, con nessuna o scarse possibilità di difesa.

PIRELLA Io volevo ricordare che alcuni alcolisti al reparto accettazione ammettono con molta facilità di avere questo problema e pongo l'ipotesi che ciò avvenga, perché queste persone non si trovano in una situazione di ostracismo sociale e quindi non si trovano nella necessità di difendersi da un'accusa infamante e degradante.

DI CECCO C'è la possibilità che un degente, dovendo scegliere fra l'essere alcolista o malato di mente, preferirà probabilmente essere alcolista.

BASAGLIA Direi però che il punto centrale è quello che ha toccato Pirella, cioè il rapporto fra alcolisti e non alcolisti nell'ospedale.

PIRELLA Infatti c'è una caratterizzazione sociale dell'alcolista rispetto al non alcolista e viceversa, c'è

cioè una incomprensione che esiste, come fra il buono e il catti* vo. Infatti la persona che è cattiva non è mai capita dal buono e viceversa: sono due poli di un'antinomia. Ci sono cioè due categorie, quella dell'escluso e quella del non escluso. E direi che quella degli alcolisti nei riguardi del resto dell'ospedale è proprio una situazione di esclusione.

BASAGLIA Però questa dinamica di esclusione inizia negli altri reparti. Infatti agli altri degenti non viene mai detto: quello è uno schizofrenico, quello è un nevrotico e così via, mentrè l'unico ad essere indicato ancora è l'alcolista, ed anche se gli altri vengono stigmatizzati, non vengono comunque etichettati. Nel primo caso la persona viene messa in discussione, nel secondo no.

Dalla discussione risulta che ormai tutti quanti hanno preso coscienza della crisi e il primo impulso che ne scaturisce è quello di fare qualcosa, di intervenire in qualsiasi modo («ricercare nuove iniziative... il sistema va rivisto e revisionato», dice all'inizio un infermiere). Nel seguito della riunione poi vengono sempre prospettate delle soluzioni:

BREGANT ... l'individuo che esce dall'ospedale viene messo in una situazione di sbaraglio, quindi dobbiamo

dargli un aiuto esterno.
DI CECCO L'ospedale deve trasferirsi anche all'esterno...
PIRELLA Si potrebbe trasformare il reparto, non immettere più alcolisti, fare ad esempio un piccolo reparto per il recupero di quei degenti più istituzionalizzati.
CASAGRANDE Potrebbe essere una buona idea.

Ma tutte queste affermazioni, tutte queste ricerche di una soluzione positiva non sono altro che il tentativo di mascherare il fallimento dell'impresa. L'esperienza era nata per una scelta pratica determinata dall'evoluzione dell'ospedale e sostenuta da una esigenza metodologica che trovava il suo fulcro nella negazione dell'esclusione. Ma proprio questi due aspetti di una medesima realtà, la scelta pratica terapeutica e il rifiuto dell'esclusione, entrano in contraddizione tra loro. La realtà istituzionale che, pure, è stata modificata da questa esperienza, originariamente nata da una necessità, ne rivela ora la contraddizione nel suo bisogno di rifiutarla.

Giovanni Jervis

Crisi della psichiatria e contraddizioni istituzionali

Scopo principale di questo scritto i di esaminare alcuni problemi che si pongono alla équipe direttiva di un ospedale psichiatrico. Si tratta di problemi che possono venire esaminati a partire da vari ordini di considerazioni. In primo luogo, quelle che nascono direttamente dall'esperienza concreta di una équipe determinata, che nel nostro caso è rappresentata dalla « staff » dell'Ospedale Psichiatrico Provinciale di Gorizia. In secondo luogo, quelle che si rifanno a un esame generale della posizione di chi lavora in una istituzione psichiatrica qualsiasi, inserita in una realtà sociale determinata. Infine, quelle considerazioni ancora più generali che derivano dalla consapevolezza della scelta dei propri strumenti teorici di analisi, in un contesto istituzionale.

I problemi che noi ci proponiamo derivano direttamente da una prassi particolare, quella di un Ospedale Psichiatrico, e non possono venir generalizzati immediatamente: la loro origine e il loro ambito di verifica empirica rimangono settoriali, limitati al campo di azione di un lavoro quotidiano che si svolge all'interno di una istituzione. Per un altro aspetto, la stessa critica che esamina e modifica una istituzione dal suo interno si espande invece in modo inevitabile in prese di coscienza e prese di posizione che aspirano ad avere un significato anche al di fuori dei suoi confini.

Al di là della « critica al manicomio » e anzi fin

dall'interno di essa compaiono spunti di analisi, ma anche di sperimentazione attiva, che superano i temi della « umanita- rizzazione » e « modernizzazione » della assistenza psichiatrica. Nascono, inevitabilmente, nuovi problemi non strettamente istituzionali. Questi problemi dipendono per un lato da una indagine più accurata della condizione asilare, che ne dimostra la connessione con le istanze societarie, mentre per altri versi rinviano a una serie di approfondimenti teorici che chiamano in causa tutta la psichiatria, e la crisi dei suoi scopi. Infine, la crisi dell'istituzionalismo psichiatrico non rinvia soltanto a una critica generale alle istituzioni in senso stretto, ma tende a porre in questione, con la psichiatria, la validità della « separatezza tecnica » come forma particolare di divisione del lavoro e come istituzionalizzazione repressiva del potere.

È nostra convinzione che l'analisi delle istituzioni manicomiali e della loro crisi fornisca un punto di vista e una serie di criteri operativi particolarmente fecondi per svelare, in una serie di approfondimenti e di verifiche, alcuni degli inganni « culturali » che sembrano sempre più necessari, oggi, al mantenimento dello status quo societario.

È bene rendersi conto, fin da questo punto, della presenza di un doppio e simmetrico pericolo: quello

dell’empirismo e quello delle astrazioni generalizzanti e non verificate.

Il pericolo dell’empirismo nasce dalla incapacità ad applicare appropriati strumenti di analisi teorica a quello che è il punto di partenza di tutta la critica manicomiale: l’indignazione per l’inumanità del manicomio trajdizionale. Questa indignazione rischia di proporre riforme che sono prigioniere delle stesse strutture che l’hanno generata. La proposta di riformare empiricamente l’ospedale psichiatrico conduce a una ideologia della comunità terapeutica, e non fa che rinviare il problema di fondo. D’altro lato il riformismo è la prima risposta al tipico atteggiamento deresponsabilizzante degli psichiatri che gestiscono i manicomi: talora in buona fede, essi ritengono di non poter fare nulla per mutare veramente la loro istituzione, e si trincerano dietro le colpe dei politici e degli amministratori, che non forniscono leggi, regolamenti e finanziamenti. In realtà le immagini manicomiali (locali oppressivi, vecchi, affollati, miseria di persone e cose, trascuratezza e ritardo tecnico, violenza larvata ed esplicita, abbrutimento nell’inazione) giustificano pienamente la tentazione del riformismo empirico: è necessario fare qualcosa, subito, per mutare anche di poco una situazione gravissima. Questa esigenza va rispettata, e incoraggiata con forza tanto maggiore, quanto più è vero, e verificabile, che le strutture

organizzative manicomiali possono venir mutate dai medici direttamente responsabili, solo che essi lo desiderino. L'indignazione a cui si faceva riferimento deve portare all'identificazione di una colpa, e anzi di colpevolezze precisamente individuabili [31]

Se quindi per un lato l'idea di una responsabilità e di una colpa diretta dei medici manicomiali dimostra la possibilità e l'esigenza di «fare comunque qualcosa», anche sul piano del semplice riformismo empirico, per un altro lato è ben vero che questo riformismo costituisce il terreno di verifica delle reali intenzioni dei suoi promotori. A questo punto, o il riformismo viene spacciato per una soluzione al problema manicomiale, oppure diviene a sua volta limite, contraddizione, necessario oggetto di critica, e punto di partenza per proposte più radicali e coerenti.

Il pericolo opposto all'empirismo è quello di una denuncia di tipo astratto; di una denuncia globale, estremistica ed imprecisa. Essa può anche avere il suo valore, e chi scrive ritiene che lo abbia malgrado le apparenze, in quanto il rischio di una faziosità « arrabbiata » può essere il modo migliore di contrapporsi alle vecchie critiche «scientifiche», «obiettive» e «equilibrate» al sistema sociale. Solo, non è detto che una denuncia di questo tipo debba partire necessariamente dal terreno manicomiale.

1 L'esperimento di Gorizia dimostra, se non altro, che un manicomio dei più tradizionali può venir mutato radicalmente nella sua struttura senza alcuna facilitazione di carattere legislativo, amministrativo o finanziario e senza che le condizioni sociali e psicoambientali differiscano in modo significativo da quelle della maggior parte delle province italiane. (Si può aggiungere incidentalmente che, a questo riguardo, la differenza principale fra la situazione goriziana e quella del resto dell'Italia consiste probabilmente solo nella percentuale particolarmente elevata di problemi di alcolismo: aspetto che non facilita certamente il lavoro. Quanto ai vantaggi derivanti dalla piccolezza della provincia, è indubbio che essi siano ampiamente controbilanciati da altri svantaggi particolari, fra cui in primo luogo la grave carenza di disponibilità finanziarie).

Alludendo ad alcune tecniche socializzanti di gruppo, usate negli Ospedali Psichiatrici come strumenti «moderni » in una struttura istituzionale sostanzialmente immutata, si è parlato a Gorizia di « socioterapia come alibi istituzionale». In realtà il discorso può essere portato più avanti e se oggi si parla volentieri di comunità terapeutiche invece che di manicomi, si può ben replicare giungendo a una critica alle « comunità terapeutiche come alibi istituzionale » e infine, logicamente, a una crisi delle « istituzioni come alibi ». Il pericolo di queste

contestazioni successive non sta nel loro aspetto estremistico, ma nella loro suggestiva accettabilità: esse vengono facilmente recepite in modo astratto, e gradite anche in quanto genericamente anticonformiste e « rivoluzionarie ». Per lo stesso motivo, da parte di troppi è stato accettato con entusiasmo un discorso molto superficiale sul «mito della malattia mentale» senza che risultassero chiare le difficoltà e le contraddizioni cui va incontro una pur necessaria distruzione dell'immagine tradizionale (sia «volgare» che « scientifica ») della follia.

Se dunque è necessario giungere a una critica radicale di molti luoghi comuni e di alibi sempre nuovi, ciò non può che avvenire in rapporto a una prassi. Non è necessario che si tratti di una prassi istituzionale: solo, si tratterà di vedere se una prassi istituzionale permette una verifica sufficiente a prese di posizione che, considerate isolatamente, possono a buon diritto essere accusate di estremismo astratto. In questo contesto bisogna anche aggiungere che se per un lato l'esigenza di nuove forme di contestazione precede sempre di un passo la messa in opera di una loro verifica, per un altro lato è anche vero che di contestazione non si può parlare, se non partendo ogni volta da una contestazione precedentemente verificata. Cosi, ogni esperienza compiuta tende a essere convalidata dal proprio successo, e quindi a costituire

subito la propria ideologia: ma è dal rifiuto di questa ideologia, cioè da una autocritica, che tende a nascere una contestazione ulteriore.

Sorge a questo punto il problema della specificità della organizzazione psichiatrica. La difesa tradizionale della istituzione psichiatrica parte sempre dal richiamo a una specificità tecnica: i malati di mente vanno curati perché non si può negare che ne abbiano bisogno; vanno curati in modo particolare, perché esistono difficoltà e limiti tecnici (valutabili solo dalle persone competenti) che impediscono terapie più rapide, efficaci e meno sgradevoli. In questa prospettiva, sulla cui falsità sarà necessario soffermarsi in seguito, non esistono rapporti diretti fra le forme dell'assistenza psichiatrica e l'organizzazione societaria. Quest'ultima, evolvendosi sulla via del progresso, potrà fornire medicine migliori, un maggior numero di posti letto, personale più qualificato e locali più accoglienti e meglio organizzati, ma le forme dell'assistenza verranno sempre decise dagli psichiatri in base alle loro conoscenze.

Prima di tornare su questo punto, è opportuno avvertire che esiste però anche il pericolo opposto: quello di ritenere che l'organizzazione psichiatrica di un dato paese sia perfettamente coerente alla struttura sociale dominante. Cedendo a questa tentazione, può sembrare abbastanza facile centrifugare il problema dei disturbi mentali

risolvendoli nelle contraddizioni sociali, e ritenere che le organizzazioni terapeutico-assistenziali ubbidiscano direttamente alla logica del potere. I pericoli a questo proposito sono di pensare che il potere (per scendere su di un piano più concreto: il potere capitalista) costituisca un sistema omogeneo, privo di contraddizioni, identificabile in prima persona nel « capitale » o nei piani razionali di una élite di neocapitalisti; e di ritenere, parallelamente, che le organizzazioni psichiatriche vengano modificate e si strutturino senza contraddizioni secondo gli schemi politici dominanti. In realtà è necessario considerare la ipotesi che le organizzazioni psichiatriche siano « in ritardo » o « diverse » nei confronti delle esigenze istituzionali a livello della società ih generale, cioè abbiano malgrado tutto in qualche misura una propria storia e una loro specificità. Solo a questo punto sarà possibile esaminare il carattere « anacronistico » delle strutture istituzionali e rintracciare, nella storia così come nell'analisi del presente, i rapporti fra gli ospedali psichiatrici da un lato, e dall'altro le teorizzazioni psichiatriche, le ideologie dominanti e le esigenze più immediate di conservazione dell'ordine sociale.

Metteremo per un momento fra parentesi il problema della malattia mentale, cioè della « specificità » (nel

senso a cui si alludeva) delle forme di terapia che secondo alcuni rendono necessarie le istituzioni psichiatriche in quanto tali. In questa prospettiva, è possibile esaminare le strutture dell'assistenza psichiatrica come forme di controllo della devianza. Si torna all'origine storica degli ospedali psichiatrici e a quella che è la giustificazione attuale della loro esistenza, secondo l'opinione comune, le leggi statali e i loro regolamenti interni: la funzione costitutiva di tali istituzioni non è primariamente terapeutica, ma repressiva. I manicomi si occupano di difendere i cittadini da alcuni soggetti dal comportamento deviante, una volta che i medici abbiano stabilito che tale devianza è dovuta a malattia: i soggetti « pericolosi a sé e agli altri o di pubblico scandalo » vengono segregati. Partendo da queste premesse, il problema può venir inserito in un contesto più ampio e descritto secondo varie formulazioni

« Il quadro istituzionale è costituito da norme sociali. Esse possono essere violate, e sono sanzionate dalla violenza. I motivi che inducono a calpestare noririe sociali derivano da soddisfazioni anticipate di pulsioni. Noi abbiamo sempre interpretato il mondo con gli occhi dei nostri bisogni, e queste interpretazioni sono conservate nei contenuti semantici del linguaggio quotidiano. È allora facile vedere che il quadro istituzionale di una società adempie due compiti diversi.

Da un lato consiste nella organizzazione della violenza che può costringere a reprimere la soddisfazione delle pulsioni, dall'altro consiste in un sistema di tradizioni culturali che articolano la massa dei nostri bisogni ed anticipano pretese alla soddisfazione delle pulsioni. Questi valori culturali comprendono anche interpretazioni di bisogni, che non sono integrati nel sistema dell'autoconservazione - contenuti mitici, religiosi, utopici, cioè le consolazioni collettive come anche le fonti della filosofia e della critica. Una parte di questi contenuti viene riorientata e usata per la legittimazione del sistema di dominio »[33]

Questo sistema di dominio comprende indubbiamente gli Ospedali Psichiatrici. Per quanto riguarda i «contenuti » di cui si parla, essi concernono anche l'ideologia del malato di mente e l'ideologia custodialistica. Su queste ideologie si basa la legittimazione di tutte le « organizzazioni della violenza » che si occupano dei soggetti la cui devianza viene attribuita a disturbo mentale. Il ruolo di queste ideologie non si ferma però ad una semplice apologia o copertura a posteriori delle infamie manicomiali, così come le infamie manicomiali non sono l'unico modo in cui si esprime la repressione organizzata di quella « soddisfazione anticipata di pulsioni » di cui parla Habermas. L'immagine culturalizzata della follia e della sua repressione non

contiene solo la giustificazione globale della psichiatria come teorizzazione specialistica eretta a tutela del sano, ma serve anche a riorientare i bisogni di libertà, definendo quest'ultima come libertà di ciò che è « lecitamente sano », in contrapposizione alla follia, immagine di una libertà non tollerata.

È molto difficile rintracciare le componenti psicologiche dello stereotipo culturale dominante della follia, perché questo stereotipo ci si presenta come già istituzionalizzato in atteggiamenti incoraggiati e sanciti dal potere sociale (autorità civili), e dal potere medico. D'altro lato non bisogna temere di riconoscere che esiste qui un terreno in cui entrano in gioco dinamiche psicologiche del tutto particolari.

L'importanza di queste dinamiche psicologiche può essere solo accennata, anche considerando che sarebbe assai difficile verificarle accuratamente con una inchiesta. Si può considerare in primo luogo il significato delle prigioni: la stessa esclusione dei delinquenti nelle prigioni è conferma indiretta della onestà dei cittadini che sono fuori, ed è quindi strumento di coesione («appartenenza») sociale. Gli esclusi nelle carceri sono necessari per porre una barriera sicura e non valicabile (nelle due direzioni) fra l'ordine e il disordine; è anche abbastanza chiaro quali siano gli atti che portano alla

segregazione carceraria. Per quanto riguarda invece le sanzioni istituzionali della follia e quindi gli Ospedali Psichiatrici, è facile osservare come nessuno sappia con precisione come si debba fare per evitarli. Non solo: ciascuno di noi sente oscuramente che tutto l'apprendimento di un comportamento « sano » è una faticosa e sempre fragile conquista nei confronti del disordine psichico. Quest'ultimo è vicinissimo, ma nascosto: sempre represso, ma dietro la porta. Ecco che il manicomio si identifica con il bisogno stesso di rendere chiara e distinguibile la categoria dei comportamenti abnormi. Il fatto che i « matti » siano discriminati e finiscano dentro gli ospedali definisce i confini della normalità e premia le immagini dei comportamenti « accettabili ». L'apprendimento della normalità non è qui la semplice ricerca di un equilibrio, ma la rassicurazione reciproca dell'appartenenza a un mondo dove ogni cosa deve essere controllabile e sensata. Chi paga il prezzo dovuto per mantenere la propria salute psichica sa, oscuramente, che il proprio sacrificio è troppo elevato per non costituirsi subito in privilegio.

Se in questa esclusione della follia si immettono meccanismi di violenza presenti nel contesto sociale, ciò significa che l'atteggiamento di esclusione verso il folle è già permeato di una violenza istituzionalmente approvata. D'altro lato la stessa violenza della società viene

controllata e sanzionata: solo lo psichiatra è sostanzialmente libero di operare, nel suo manicomio, al di fuori di ogni controllo sociale, investito anzi di un potere che la società è ben lieta di offrirgli una volta per tutte. Il sistema continua a tutelare le proprie vittime (anche nelle carceri) solo nella misura in cui la sanzione delle devianze determina nei subordinati comportamenti tali da venire ancora ricompresi nell'etica della violenza e della produttività. Il malato di mente, scoria irrazionale della razionalità sociale, viene schiacciato perché è l'unico a uscire totalmente dalle regole del gioco. La psichiatria istituzionale è libera di rivolgere al folle tutta la violenza della società proprio perché la norma societaria espelle da sé, identificandola nel malato di mente, l'immagine « incomprensibile» e «pericolosa» della possibilità di rovesciarsi in qualcosa di totalmente « disordinato » e diverso. Il sano si difende dalla tentazione di rifiutare una coerenza che è anche complicità proiettando in questo individuo indifeso una aggressività che non gli è concesso di rivolgere altrove e che rischia continuamente di distruggerlo; per il sano, la faticosa accettazione di un « principio di realtà » socialmente determinato impone di oggettivare fuori da sé la tentazione del cedimento. Il suo essere « normale » viene cosi confermato dalla maschera inumana che egli applica al folle: nel rifiuto di riconoscersi in quest'ultimo egli

accetta volentieri l'inumanità della sua subordinazione.

L'esclusione del folle viene sancita e giustificata dalla psichiatria. Se esiste una « cultura » generale della salute e della malattia mentale, non vi sono dubbi sul fatto che lo psichiatra ne sia partecipe. Questo psichiatra non vive d'altro lato egli stesso di una istituzione astratta, ma svolge una funzione che si situa nei ruoli e nella ideologia generale del potere medico. Si è discusso altrove, in rapporto a una nota pagina di Talcott Parsons, di come l'ideologia del tecnicismo medico sia essa stessa in gran parte una mistificazione. Il medico è un individuo dotato di un certo potere, e per esercitarlo ha bisogno di accettare il mito dell'onnipotenza che il paziente gli presta: lo psichiatra però, a differenza del medico internista o del chirurgo, viene investito di un potere assai maggiore, e non si avvale della propria onnipotenza tecnica per agire settorialmente su una parte del corpo che appartiene al malato, ma agisce in modo globale sul malato, che gli appartiene.

Fin da questo momento è legittimo esprimere il sospetto che la psichiatria non riesca a definire in modo chiaro le particolarità che rendono di sua competenza un comportamento deviante. Esiste però un problema preliminare: esso riguarda il pericolo che la eventuale dimostrazione scientifica della presenza di una malattia alla base di un comportamento anomalo serva a

giustificare una estensione abusiva nella definizione tecnica della devianza, e favorisca quindi proposte tecnocratiche di discriminazione, repressione e rieducazione dei comportamenti devianti. Si potrebbe osservare subito che questi psichiatri, che come specialisti tendono a sequestrare nel loro universo psicobiologico problemi di competenza sociale, sono dei pericolosi reazionari. Può darsi che lo siano, e si può constatare facilmente che lo sono di fatto: dei servi del potere che nascondendosi dietro la loro tecnica incomprensibile si adoperano per nascondere e trasmettere, insieme a acquisizioni scientifiche (o senza di esse) motivi ideologici ben precisi legati alla difesa di valori e interessi storicamente definiti. In realtà il carattere reazionario dell'uso del concetto di devianza da parte degli psichiatri non implica affatto una scelta politica e ideologica: l'idea stessa che un particolare comportamento deviante possa ricevere una definizione tecnica in termini medico-psichiatrici implica la possibilità che la devianza in generale venga definita secondo criteri che non hanno più nulla da spartire col relativismo sociologico, e che quindi sfuggono alla possibilità di una critica politica. Parallelamente, una definizione di alcune forme di devianza psichiatrica si richiama in modo inevitabile a modelli generali di normalità. Il pericolo non sta quindi tanto in una

estensione « abusiva » della definizione tecnico-psichiatrica della devianza, quanto nel fatto stesso che questa definizione, anche se si applica a pochi casi, tende immediatamente ad assumere un carattere universale.

La psichiatria tradizionale aveva su questo punto, fino a pochi anni or sono, una linea di difesa apparentemente solida. Secondo la psichiatria di origine positivista, un comportamento è abnorme (almeno in teoria) non per le sue caratteristiche fenomeniche, ma in quanto non è altro se non la manifestazione esterna diretta di una malattia delle funzioni superiori del sistema nervoso. Se è indiscutibile che un fegato affetto da cirrosi è abnorme, deve essere altrettanto chiaro in cosa consista il carattere morboso della follia e di tutti i disturbi mentali: un disordine ha alcune caratteristiche intrinseche che lo definiscono come tale, è perdita di funzioni, disgregazione, morte, non è l'allontanamento da una norma convenzionale. In realtà il concetto stesso di malattia in generale non era per nulla facile da definire, e l'assimilazione dei disturbi mentali alle malattie organiche finiva comunque per avvenire su di un piano empirico e approssimativo. Rifacendosi alla medicina naturalistica dell'antichità classica, e scavalcando le stesse premesse illuministiche e « morali » tipiche della nascita della psichiatria moderna fra la fine del Settecento

e l'inizio dell'Ottocento, la psichiatria positivista conquistava le sue posizioni alla fine del secolo scorso consolidandole con la scoperta della eziologia sifilitica della paralisi progressiva. L'esistenza dei treponemi nei cervelli dei paralitici forniva la base per costituire la « psicosi modello » da cui far discendere tutte le altre interpretazioni di malattia in campo psichiatrico, e sembrava promettere la riconciliazione fra la psichiatria e la medicina generale.

Si suole ritenere che questa visione « organicista » delle malattie mentali sia stata superata dalle concezioni « dinamiche » introdotte da Freud e dai suoi successori, e che il vecchio modello della malattia mentale come malattia del cervello sia stato superato dalla constatazione che le nevrosi, e verosimilmente anche le principali psicosi, non si sviluppano su alcun substrato lesionale dimostrabile.

Questa concezione « moderna » è ancora parziale e contestabile per una serie di motivi. In primo luogo, non è cosi evidente che Freud abbia costruito un modello interpretativo dei disturbi mentali sostanzialmente diverso da quello meccanicista: pur riconoscendo a Freud il merito di aver operato la prima e più decisiva rottura dei vecchi schemi, è perfettamente sostenibile la teoria che egli abbia introdotto un meccanicismo di nuovo tipo, altrettanto deterministico e astorico. In secondo luogo,

Tipo, tesi che in molti comportamenti etichettati come « disturbi mentali » vi sia un effettivo « disordine » (qualsiasi cosa significhi questo termine) di funzioni nervose superiori non è affatto da scartarsi con troppa disinvoltura, e comunque rinvia a problemi di estrema complessità. In terzo luogo, è perfino discutibile che la psichiatria positivista si sia veramente fondata, in pratica, sul modello di malattia mutuato dalla medicina generale. Per tutto l'Ottocento e fino a oggi la psichiatria ha continuato a definire il proprio campo di azione segnando i confini esterni di un sistema tassonomico fondato sul raggruppamento di disturbi « tipici » del comportamento in sistemi e sottosistemi nosografia. In altre parole, lo sforzo classificatorio, nell'impossibilità di fare della psichiatria una scienza, ha continuato, in pratica, a fondare un sistema empirico basato sulla descrizione fenomenica dei comportamenti, anziché sulla ricostruzione di disfunzioni obbiettivabili che non era possibile svelare.

La crisi della psichiatria positivista è avvenuta in realtà per tutta un'altra serie di motivi, che possono forse riassumersi in uno solo: l'impossibilità a far rientrare i disturbi del comportamento fra i fenomeni oggettivamente descrivibili in termini naturalistici. In parte, non vi è dubbio che si sia trattato di un fallimento empirico, di una bancarotta generale: la psichiatria, sia che venga

considerata nell'ambito delle discipline mediche che in quello delle scienze dell'uomo, ha mantenuto ben poche delle sue promesse. Sulla causa della grande maggioranza dei disturbi mentali si sa poco o nulla; come terapia la situazione non è molto migliore, e se è noto che i farmaci hanno un effetto poco più che sintomatico, si è d'altro lato ancora in dubbio sul significato della psicoterapia. Sul piano teoretico, il fallimento della psichiatria « medica » ha condotto a una serie di altri tentativi di sintesi: è tutta la storia della psichiatria contemporanea, da Freud ai nostri giorni. Per comprendere quanto la situazione sia mutata, basta leggere i vecchi scritti di Kraepelin, o Babinski, e paragonarli ai «moderni»: a Sullivan, a Binswanger, a Laing. Ciò che colpisce, nei clinici della fine dell'Ottocento, è lo straordinario rispetto per i *fatti*. La malattia mentale è li, presente nei gesti manierati dello schizofrenico come nella corteccia del demente: per lo scienziato che li osserva si tratta di stimoli sensoriali tutti uguali fra loro, di oggetti da raccogliere e da elaborare come dati di un sistema. Il malato di mente è anzi già un sistema da scoprire, totalmente racchiuso in se stesso, dotato di proprie leggi ancora in parte ignote, separato dall'osservatore che non partecipa in alcun modo al suo universo. Il concetto stesso di comportamento sembra continuamente svanire dalle categorie interpretative dello psichiatra: il malato di mente è una entità isolata *che*

funziona soltanto (e funziona male), *non si comporta.* Ma perché ciò avvenga lo psichiatra deve negare le proprie categorie e qualsiasi rapporto fra soggetto e oggetto, e dimostrare che il malato, pura oggettività, non è tale perché egli lo oggettivizza, ma in quanto appartiene di per sé al mondo di fatti di cui si occupa la scienza. A questo mondo oggettuale non è possibile applicare alcuna categoria interpretativa per il buon motivo che i fatti si ricostruiscono da sé secondo le *proprie* categorie, purché lo scienziato li raccolga in numero sufficiente e con perfetta neutralità.

Sappiamo oggi che la scienza moderna si muove in tutt'altre prospettive. I fatti non parlano più da soli, l'osservatore è presente nella ricerca e non è fuori di essa, con i propri interventi pratici, le proprie categorie interpretative, la propria ideologia. Il naturalismo empirista e la metafisica immanente del positivismo sono stati superati e definitivamente distrutti. Per la psichiatria questa distruzione è stata da un lato particolarmente radicale, da un altro lato parziale e inefficace.

Sul piano teoretico, sono state poste indubbiamente tutte le premesse necessarie per il rovesciamento dell'empirismo medico, e del positivismo oggettivante. Ciò è avvenuto principalmente in due tappe: in un primo tempo con la demistificazione della separazione tradizionale fra « sano » e « malato » operata da Freud nel

campo della psicopatologia; in un secondo tempo con la scoperta del carattere «umano» (con tutte le ambiguità che questo termine può comportare) delle dinamiche psicologiche tradizionalmente considerate « malate », operata dagli psichiatri esistenzialisti. La distruzione delle giustificazioni manicomiali della follia di cui si occupa questo volume, ha non solo verificato l'impossibilità di considerare il malato di mente secondo criteri speciali, diversi da quelli che vengono usati per i sani, ma ha altresì dimostrato che il problema « scientifico » del « disturbo » non esiste se non nella misura in cui il comportamento di talune persone viene artificialmente ricondotto a una alterazione funzionale del sistema nervoso. L'errore non è però di supporre la possibilità di un simile guasto funzionale, quanto di identificarlo con il comportamento « alterato »: quest'ultimo, al contrario, può venir correttamente compreso solo se inserito nella dinamica dei rapporti interpersonali e sociali che gli hanno dato un volto. Anche nei casi in cui è possibile mettere in relazione fra loro il « disturbo» del comportamento e una lesione («malattia») cerebrale, questa lesione non è che un punto intermedio in una serie di eventi precedenti, che hanno concorso a causarla, e in una catena di eventi successivi che hanno determinato il modo di reagire dell'individuo alla sua inferiorità. Ciò che non è più possibile sostenere, è il

carattere « naturale » della malattia, e la possibilità di un rapporto *diretto* di causa ad effetto fra la più o meno ipotetica disfunzione cerebrale e il modo con cui il « malato » riesce (o non riesce) a vivere con gli altri. Nella maggior parte dei casi, tuttavia, l'ipotesi di una lesione cerebrale appare infondata, artificiosa o irrilevante, perché il disturbo interpersonale acquista un senso solo nell'ambito di quella dinamica sociale che progressivamente gli ha dato forma, creando il suo malato, e respingendolo man mano fuori dalla possibilità di intrattenere rapporti sociali. In questa prospettiva, anche l'esame del malato da parte dello psichiatra tende a perdere il suo carattere tradizionale, cioè avviene ora nell'ambito di un rapporto interpersonale che non è più quello dicotomizzante « psichiatra-paziente», ma diventa confronto di reciproche difficoltà nella consapevolezza di un contesto sociale che crea ruoli diversamente definiti. Questi ruoli definiscono la psichiatria. La differenza principale fra lo psichiatra e il malato che gli sta di fronte non risiede nello squilibrio fra salute e malattia, ma in uno squilibrio di potere. Una delle due persone ha un potere maggiore, talora un potere assoluto per cui può definire il ruolo dell'altra secondo il proprio linguaggio. Si tornerà in seguito su questo punto.

Sul piano pratico, al contrario, la psichiatria è rimasta per lo più ancorata all'empirismo mèdico, e ha continuato

a mutuarne i valori. Ancora oggi la maggioranza dei professori universitari, con gli stessi gesti dei loro predecessori dell'Ottocento, conducono il malato di mente nell'anfiteatro della lezione e lo « dimostrano » agli studenti, così come esibiscono un fegato cirrotico sul tavolo anatomico: i movimenti, i vocaboli del malato continuano a essere dei « fatti », non delle azioni situate in un contesto. In tal modo l'oggettivazione pratica della follia riflette con esattezza la *gestione* del malato di mente da parte delle istituzioni psichiatriche.

Si è parlato di contraddizioni fra la psichiatria antipositivistica moderna e la pratica psichiatrica come disciplina medica e come prassi istituzionale. In realtà esistono dei rapporti fra questi due poli apparentemente opposti, e vale la pena di esaminarli.

Dopo Sullivan, tutta la psichiatria moderna più attiva e consapevole ha preso coscienza del fatto che il disturbo mentale non si pone più come problema individuale, all'interno del corpo oggettivato del malato, ma può venire vissuto in modo corretto esclusivamente nel suo aspetto interindividuale. I criteri di esame di questi problemi interindividuali sono rimasti però fondamentalmente quelli derivanti dalla psicologia e dalla psicanalisi: invece di studiare come i problemi sociali e politici influiscano sulle dinamiche di gruppo e le

determinino nella loro concretezza storica, si è preferito dilatare l'esame psicologico e psichiatrico fino alla sfera societaria, sottraendola alla critica politica.

In tal modo si è posta la premessa per realizzare il vecchio sogno illuminista di ricondurre ad un controllo razionale tutti i comportamenti devianti, in quanto dovuti sempre a disturbi psicologici, a deragliamenti passionali. Gli psichiatri hanno ricevuto dal potere un più vasto appalto e la malattia mentale è stata reinterpretata come disfunzionalità psicologica di *tutti* i rapporti sociali. La psichiatria si è dunque consegnata da se stessa, legata mani e piedi, ai custodi dell'ordine societario, responsabili di definire norme, devianze e sanzioni secondo i loro criteri.

Una parte della psichiatria moderna ha preso coscienza dell 'esistenza di questo problema, e si è resa conto di operare e teorizzare in funzione di *valori societari* non definibili in termini psichiatrici, ma tali al contrario da definire la natura della psichiatria. Un settore in cui questa consapevolezza ha preso forma in modo meno rozzo è stato quello dello squilibrio di potere, e della differenza di ruoli e di valori, che determinano la concretezza dell'incontro medico-paziente. La psichiatria sociale e la psichiatria interpersonale hanno esaminato sia il contesto socio-culturale in cui il paziente viene definito come tale, sia il rapporto « terapeutico » come sistema di

interreazioni psicologiche: la psichiatria stessa, in quanto pratica psichiatrica, è divenuta oggetto della psichiatria. Anche qui però lo psichiatra ha solo elevato il proprio livello di indagine: col fattp di considerare anche se stesso, nel suo rapporto con il malato, come oggetto della propria disciplina, ha confermato la validità sostanziale di questa ultima. Lo psichiatra ha continuato ad accettare il mandato sociale pur riconoscendone il carattere convenzionale: ha accettato ad esempio che il giovane delinquente o asociale può essere considerato o meno malato a seconda delle norme sociali, che la nevrosi è un problema collettivo, che la madre di uno schizofrenico può essere, in un certo senso, più malata del figlio, che la terapia individuale non ha maggior significato (e forse ne ha meno) di quanto lo abbia la terapia di gruppi familiari o di gruppi di lavoro, ha accettato di render conto ai propri oppositori del fatto che la psichiatria tende all'integrazione dell'individuo in funzione delle esigenze del potere, ha accettato perfino *l'idea* di aver bisogno di essere *curato* non meno del suo paziente. Ciò che non ha potuto accettare, è stato di mettere in crisi la propria natura di appaltatore di potere, e la propria subordinazione alla definizione di norma stabilita dal potere. Egli resta il padrone della situazione.

Anche se, come si diceva più sopra, il rapporto psichiatra-paziente viene vissuto come «crisi», il paziente

continua a essere esaminato in quel rapporto mediante Fuso di una nuova teorizzazione che, se ha rinunciato ad appellarsi alla psichiatria tradizionale, non ha potuto però rinnegare se stessa, la propria pretesa di scientificità, il proprio richiamarsi a norme e a valori.

La psichiatria ha dunque posto tutte le premesse per la propria distruzione, ma non ha saputo trarne le conseguenze. Gli Ospedali Psichiatrici rimangono a testimoniare di questo fallimento: le basi teoriche della psichiatria si sono dissolte, e la psichiatria continua a esistere come puro potere. È bene precisare a questo punto che con ogni probabilità il potere coercitivo della psichiatria non tende affatto a diminuire col passare degli anni, né si stempera nel rapporto,«libero» del paziente agiato che si illude di scegliere la propria terapia, scegliendo il proprio terapista o la propria clinica: la psichiatria industriale da un lato (nel suo aspetto di rieducazione alla produttività e al consumo) e la psichiatria istituzionale dall'altro, sono probabilmente destinate ad accrescere insieme il proprio campo di azione. Cosi come lo specialista in psichiatria serve, insieme al psicologo, al psicanalista e al sociologo, a rieducare il cittadino al consumo o all'adesione al potere indipendentemente dalla presenza o meno in lui di ciò che continuiamo a chiamare «disturbo mentale», anche le istituzioni psichiatriche coercitive si modificano dal

proprio interno (il processo è già in atto) per gestire al sicuro quegli esclusi non immediatamente reintegrabili, asociali o antisociali, che le megalopoli industriali tendono oggi a produrre e a eludere dal gioco della competitività produttivistica, in una misura ogni anno maggiore. L'incremento dei ricoveri di « disadattati » o « vagabondi » ci indica la direzione obbligata di una più estesa repressione psichiatrica negli anni a venire; la psichiatria moderna ha già forgiato gli strumenti teorici necessari ai suoi nuovi compiti.

La riforma istituzionale è solo in parte derivabile dalla crisi della psichiatria moderna. Gli esempi di manicomi «aperti» nell'Ottocento non dimostrano soltanto che è possibile liberalizzare un Ospedale Psichiatrico senza l'aiuto dei sedativi oggi in uso, ma anche che esiste sempre un terreno empirico sul quale non è poi così difficile iniziare la rottura del circolo vizioso manicomiale. Se la violenza istituzionale scompare, scompare anche la violenza del malato di mente, e quest'ultimo cambia faccia, perde le sue caratteristiche psicotiche descritte nei vecchi trattati, scompare come «catatonico», «agitato», «laceratore», « pericoloso » per riproporsi nella sua vera luce: nel suo aspetto, cioè, di una persona che è stata psicologicamente violentata prima e dopo il suo ingresso in manicomio. Il malato di mente

perde le sue caratteristiche « incomprensibili » nella misura in cui riesce a inserire il proprio disagio in un contesto che ne rispetti l’esistenza e le ragioni.

I problemi nascono però a questo punto, ed è il degente a porli al medico. La crisi della psichiatria moderna ci offre oggi gli strumenti per comprendere veramente ciò che accade in un contesto istituzionale liberalizzato, e ci consente di portare molto più innanzi la distruzione dell’istituzione. Una volta aperte le porte, il processo prosegue e tende a divenire irreversibile, ma compaiono delle nuove contraddizioni.

Le contraddizioni interne all’istituzione si riassumono nella difficoltà di abolire la subordinazione del malato, superando il pericolo del paternalismo. Le contraddizioni esterne riguardano il fatto che lo spazio manicomiale non viene distrutto, perché la società vi rimanda i propri esclusi, vincolandoli a precise disposizioni di legge. L’ex ricoverato non trova lavoro, o si scontra con le stesse dinamiche di violenza familiare e sociale che l’hanno condotto al ricovero; il ricoverato scopre di poter essere libero finché è all’interno dell’istituzione, ma di non poterne uscire quando lo desidera, senza che scattino precisi meccanismi repressivi.

La progressiva distruzione interna dell’ordinamento manicomiale tende a creare uno spazio di vita in cui l’uso

di strumenti di autogoverno sembra promettere la soluzione di tutti i problemi di convivenza: ma è la società esterna che impone dei limiti invalicabili, e anzi interviene continuamente a impedire che l'ospedale rinnovato divenga un'isola fuori dal mondo. Nella misura in cui i problemi interni non vengono «risolti» con provvedimenti organizzativi di tipo «democratico», «comunitario », o « progressista », ma soprattutto discussi e sempre riproposti, essi finiscono inevitabilmente per confrontarsi in modo diretto con quei problemi più reali, che non riguardano le disfunzioni marginali di una vita basata su di un autocompiaciuto comunitarismo, ma l'aspetto impersonale e burocratico della violenza societaria. In un Ospedale Psichiatrico Provinciale non si corrono i rischi tipici delle comunità terapeutiche private, dove la stessa preselezione dei pazienti in rapporto al censo e alle forme morbose costituisce la base per una dorata protezione contro l'urto della società esterna: qui, al contrario, le disposizioni delle leggi manicomiali, le incomprensioni dei politici e degli amministratori, le imposizioni burocratiche e soprattutto la *povertà*, la mancanza di risorse, l'impotenza dei ricoverati sono un dato reale, che impedisce ogni mistificazione.

Se abbiamo accennato a questo aspetto dell'Ospedale Psichiatrico in via di trasformazione, è stato per precisare

meglio le caratteristiche di quel personaggio ambiguo, che di fronte al degente si pone al tempo stesso come parte della realtà interna, e come mandatario della società esterna; esso è il curante, medico o infermiere.

Gli infermieri non ci interessano in questa sede, anche se costituirebbero l'occasione di un discorso di grande importanza, ma un appunto sulla loro collocazione può essere utile per definire meglio l'ambiguità particolare in cui si trova il medico. Anche negli Ospedali Psichiatrici più tradizionali è facile che l'infermiere, al di là del carattere « arbitrario » del suo potere sul malato, stabilisca ancora con lui un rapporto diretto che il medico non riesce ad avere. Sia i motivi di affinità culturale, sia la stessa vicinanza per molte ore al giorno favoriscono questo contatto, che non cessa di essere tale, cioè rapporto personale, anche quando venga articolato, come avviene spessissimo nei vecchi manicomi, secondo meccanismi apertamente sadici. Il carattere che distingue questo tipo di rapporto è la mancanza di mediazioni razionali, di ideologie espresse in forma obiettiva, di diaframmi scientifici.

Al contrario, vi è quasi sempre una mediazione fra il medico e il degente. Non ci si riferisce qui alla situazione manicomiale classica, dove non si può parlare neppure di « rapporto medico-paziente » perché questo rapporto non esiste, ma alla situazione istituzionale in trasformazione,

dove il tentativo del medico di rinunciare al proprio potere istituzionale si scontra con il carattere irrinunciabile di una superiorità conoscitiva, che è privilegio culturale e di classe. La *riflessione* del medico sui suoi rapporti col degente, di cui questo libro costituisce un esempio, è l'ultima espressione di un privilegio che tende sempre a rispecchiarsi nella immagine intellettuale che privatamente il medico si fa di se stesso e del malato, mediante l'aiuto di conoscenze e di strumenti teorici di cui il malato non è provvisto. Su questo squilibrio di base si articolano tutte le difficoltà più concrete che rendono ambiguo il ruolo psichiatrico.

Nell'Ospedale Psichiatrico in trasformazione l'équipe dirigente avverte il proprio disagio come una divisione fra l'adesione a ruoli e valori tradizionali, e una tensione antistituzionale priva di nuovi ruoli e di valori chiaramente definiti.

L'équipe è sempre responsabile del «buon andamento» dell'ospedale nei confronti dell'opinione pubblica e delle autorità di legge, e sa che le sue possibilità di azione sono limitate dalla tolleranza sociale, dalla buona disposizione di un procuratore della Repubblica, dal fatto stesso di incarnare di fronte al mondo esterno un potere tecnico e una immagine di prestigio sociale che la pone parzialmente al riparo dalla violenza di chi prescrive che

l'ospedale sia chiuso, e i malati al sicuro. Eppure, l'equipe tende a rifiutare il mandato istituzionale, e non si tratta di un rifiuto di poco conto. Il mandato sociale non impone di frantumare l'istituzione, ma di mantenerla; non di rinunziare a quel tecnicismo psichiatrico che convalida la repressione, ma di utilizzarlo; non di criticare il ruolo oppressivo o integrante della psichiatria, ma di convalidare la « serietà » di questa disciplina in modo tale da giustificare oppressione e integrazione; non di favorire il potere di contestazione degli esclusi e degli oppressi, ma di difendere i privilegi di chi esclude e opprime; non di creare una struttura orizzontale nell'ospedale, ma di rispecchiare, assolutizzandola, la gerarchizzazione della società esterna; non di sottoporre a una critica continua le tecniche di manipolazione delle coscienze, ma di fornire alla società strutture di assistenza « moderne » che le siano funzionali, e non oltrepassino i limiti imposti dalle leggi e dalle convenzioni culturali.

La denuncia al manicomio ha oggi una veste scientifica, o per lo meno si articola secondo una critica chiaramente teorizzata. D'altro lato questa teorizzazione, se indica ciò che non si deve fare, non prescrive nulla di preciso: se la psichiatria moderna è giunta a negare se stessa, non dice allo psichiatra come debba agire per rinunziare al proprio mandato. L'unica indicazione riguarda l'esigenza che medico e degente si confrontino e cerchino nuovi ruoli,

dimenticando di essere l'uno medico e l'altro degente: ma lo squilibrio di ruoli esiste di fatto, e il degente è recluso nella istituzione così come il medico continua a vivere secondo i valori della libertà, della intelligenza raziocinante, della propria responsabilità sociale.

In altre parole, la realtà istituzionale « liberalizzata » ripropone ancora una volta la psichiatria come problema.

Le difficoltà si pongono a livello del degente, in quanto egli non riesce a riappropriarsi della propria separatezza, contestandola; e a livello del medico, in quanto il tentativo di rinunciare alla propria superiorità e ai propri privilegi lo mette in conflitto con se stesso. La contraddizione maggiore riguarda però il medico, che a differenza del degente non deve conquistare la propria libertà per sopravvivere e riproporsi al mondo, ma è chiamato a rinunziare a un universo culturale e di classe nel quale gode di privilegi. Il medico rimane anzi tenacemente ancorato a questa sua collocazione sociale, al modo di pensare della sua classe, alle presunzioni della sua formazione scientifica, all'ideologia del produttivismo, della proprietà (compresa la proprietà intellettuale), della sopraffazione individuale. Liberarsi di tutto ciò non gli è facile, neanche come primo passo: né bastano una scelta volontaristica, un affaccendarsi benevolente e nevroticamente riparatorio, o un più o meno ingenuo tirocinio comunitario.

Tutta la dinamica antimanicomiale viene complicata dal fatto di non svolgersi sul terreno di una rivendicazione di potere (in senso politico) da parte del degente, ma nel mondo ancora chiuso di un'istituzione che non ha altro scopo se non di conservare la propria esistenza. Il degente vive in un mondo di separatezza. Come escluso, è capro espiatorio della organizzazione coercitiva dello sfruttamento nella società esterna, ma non è direttamente lo sfruttato. Egli è la scoria e la vittima estrema della violenza sociale, ma in quanto viene espulso dalla violenza produttiva e affidato alla violenza istituzionale, non riesce a contrapporsi al mondo politico della produttività, perché quest'ultimo lo ha emarginato dall'universo dei possibili interlocutori. Il rapporto che sempre esiste fra sfruttamento e esclusione ne viene oscurato, e il degente che tende a riappropriarsi della propria esclusione come separatezza, e a contrapporsi ad essa, non ha a sua disposizione gli strumenti adatti a contestare lo sfruttamento che l'ha provocata. Il ricoverato in ospedale psichiatrico non può paragonarsi al produttore di beni o di servizi, ancora inserito in un sistema che pretende da lui la « libera » alienazione della sua forza-lavoro: egli è alienato come persona nella istituzione, ed è inutile al sistema nella misura in cui, dopo la coartazione del ricovero, la sua presenza istituzionale concorre ormai

solo indirettamente alla stabilizzazione societaria.

Il secondo motivo che ostacola la dinamica antimanicomiale è la presenza persistente dell'intelligenza medica. L'esempio più tipico è che lo psichiatra consiglia al paziente (s'intende, per il suo bene) di prendere alcune medicine che lo aiuteranno a dormire se è stanco, a controllarsi meglio se è arrabbiato, a disintossicarsi se ha bevuto. Il degente viene (anche, e non sempre) *curato*. Può in certi casi curarsi da sé, prendere un sonnifero se non dorme, e comunque viene curato dagli altri degenti: ma la distruzione del ruolo istituzionale del medico trova qui uno dei suoi limiti più difficilmente valicabili. Anche se il medico si toglie il camice bianco, accetta di discutere con il malato, o ne viene messo in crisi, egli continua di fatto a utilizzare la propria superiorità: l'autorità che il malato gli attribuisce, prima ancora che egli la pretenda con la violenza, gli consente di imporre le proprie terapie.

D'altro lato la rinunzia al potere medico, anche quando avviene, rischia di ribadire sotto altra forma la subordinazione del degente. La proposta di distruggere l'istituzione manicomiale dal suo interno non nasce mai, in pratica, dai ricoverati, ma dal personale curante e dai responsabili dell'organizzazione. Questi ultimi utilizzano il potere che deriva loro dal mandato sociale per creare condizioni tali da permettere al malato di contestare il

potere istituzionale: ma restano pur sempre i rappresentanti del potere e come tali rimangono per lungo tempo gli agenti della liberazione del malato, prima che il degente possa farla propria in modo autonomo. Il ruolo antistituzionale del medico somiglia a quello di un pedagogo «attivo», che educa alla *libertà* con la speranza che i suoi allievi giungano a contestargli il suo stesso ruolo pedagogico.

Nel campo dell'istituzione la libertà peraltro non esiste di fatto, né può essere mistificata come libertà interiore in assenza di una libertà obiettiva. Se a questa osservazione si può rispondere che la libertà non esiste neppure nel mondo esterno, e che l'ambito istituzionale ha per lo meno il pregio di rendere palese una illibertà generale, è pur necessario replicare che il mondo esterno offre l'occasione di legare la propria ribellione a un mondo della produttività, e ad una prassi politica rivoluzionaria. Queste possibilità nell'ambito dell'Ospedale Psichiatrico appaiono remote e velate. Cosi, la coscienza dell'esclusione viene spesso ancora vissuta dal degente come ingiustizia accidentale, come imperfetta delimitazione dei confini della norma, e difficilmente giunge a criticare il concetto di norma. Lo psichiatra dal canto suo ha già perso l'illusione della propria obiettività, e sa di non poter distanziare da sé il malato obicttivandolo nell'indagine; ma se tende facilmente a nobilitare il

concetto di devianza, sottraendo a quest'ultimo il corollario automatico della sanzione, non riesce invece se non con molta difficoltà a proporre un universo pratico in cui il concetto stesso tradizionale di devianza venga messo in crisi.

Perché tutto ciò avvenga, è necessaria una prassi rivoluzionaria: d'altro lato, da quanto abbiamo detto, risulta abbastanza evidente che l'ospedale psichiatrico, per quanto possa essere antistituzionale, non privilegia in modo specifico questo tipo di azione. La distruzione dell'ospedale psichiatrico è un lavoro politico, perché la psichiatria tradizionale, dissolvendosi, ha lasciato psichiatri e pazienti direttamente a confronto con i problemi della violenza societaria: tuttavia non ha le caratteristiche tipiche di un lavoro rivoluzionario.

Ciò spiega alcuni dei limiti della presa di coscienza dei degenti. Per questi ultimi, è comprensibile che i valori di guarigione continuino a essere considerati più facilmente secondo le definizioni conformistiche della società esterna, cioè in funzione di un tentativo di integrazione, anziché secondo i valori assai più difficili da elaborare (e più ardui da sostenere anche sul piano dello sforzo psicologico) di una contestazione all'assetto societario.

Anche per l'équipe curante, nella misura in cui essa non è in grado di forgiare un nuovo tipo di coscienza

antipsichiatrica, è evidente il rischio di continuare ad agire esclusivamente nell'ambito delle contraddizioni del suo vecchio mandato.

Il discorso sembrerebbe chiudersi con una constatazione di impotenza. Tuttavia, nel momento in cui sono stati affermati con sufficiente chiarezza i limiti pratici di una azione antistituzionale *a partenza dagli Ospedali Psichiatrici*, è anche necessario proporre un nuovo rovesciamento, e riconoscere che è possibile negare ancora una volta la specificità della psichiatria.

Per il degente, questo rovesciamento è embrionalmente possibile nella misura in cui la pratica antistituzionale contiene già in sé il rifiuto del principio di autorità; per l'équipe curante, l'esperimento ha un senso quando registri non più soltanto l'incongruenza della psichiatria, ma la formulazione di un protesta dotata di un significato e di una portata più generali.

Altri potranno raccogliere questa protesta, ma essa esiste già nelle sue scelte di origine. Il fatto che da varie parti del paese alcuni psichiatri si siano riuniti per sperimentare a Gorizia un lavoro antistituzionale non è dovuto a un caso, e neppure al coagularsi inevitabile intorno a una « scuola » degli squilibri esistenti nella psichiatria italiana, bensì ad una serie di analisi e di scelte politiche preliminari. In questo senso la denunzia della psichiatria asilare tradizionale come sistema di

potere aspira sostanzialmente a due fini: a fornire da un lato una serie di strumenti critici adatti a distruggere, insieme ad altri, quelle « verità di per se stesse evidenti » su cui si basa l'ideologia del nostro vivere quotidiano; per un altro lato a richiamare l'attenzione su di un mondo, quello istituzionale, dove la violenza dello sfruttamento dell'uomo sull'uomo si riassorbe nella necessità di schiacciare gli emarginati, di gestire e rendere innocui gli esclusi. Gli Ospedali Psichiatrici possono insegnarci molte cose su di una società dove l'oppresso viene sempre più allontanato dalla percezione delle cause e dei meccanismi dell'oppressione. Nel momento in cui la critica politica comincia a far leva anche sulla potenzialità eversiva di tutti coloro che sono stati dichiarati « fuori dal gioco », il *velleitarismo* della antipsichiatria si propone di indicare, in un esperimento e in una teorizzazione decisamente anticipatori, alcune delle vie possibili per una società totalmente diversa.

Franca Basaglia Ongaro

Rovesciamento istituzionale e finalità comune

Un'istituzione totale cosi come viene definita da Goffman [34] può essere ritenuta come il ltiogo in cui un gruppo di persone viene determinato da altre, senza che sia lasciata una sola alternativa al tipo di vita imposto. Appartenere ad una istituzione totale significa essere in balia del controllo, del giudizio e dei progetti altrui, senza che chi vi è soggetto possa intervenire a modificarne l'andamento e il significato.

Nel caso di un'istituzione totale qual è l'Ospedale Psichiatrico, la finalità custodialistica del personale curante determina — a tutti i livelli - il gruppo degli internati, che sono costretti a considerare le misure di protezione prese contro di loro, come unico significato della loro esistenza. La sola identificazione possibile all'interno di questo tipo di istituzioni totali è, per i ricoverati, il bisogno di difesa dei sani nei loro confronti. Il che significa che il riconoscimento della propria identità da parte del malato, passa attraverso lo stereotipo, ben definito nelle strutture fisiche e psicologiche dell'istituzione, dell'internato come *colui dal quale il sano si difende*. Oltre a questo carattere coercitivo, su base difensiva, l'istituzione totale psichiatrica presenta l'assoluta aproblematicità di uno dei poli che ne costituiscono la realtà (causa e nello stesso tempo effetto di ogni istituzione coatta). Il malato - una volta associato all'ospedale - è definito come *malato* ed

ogni sua azione, partecipazione, reazione viene interpretata e spiegata in termini di malattia: la vita istituzionale si fonda, quindi, sull'assenza di valore, aprioristicamente definita, dell'internato, che si presume oggettivato in modo irreversibile dalla malattia, giustificando così, sul piano pratico-istituzionale, il rapporto oggettuale che viene con lui instaurato. In questo senso il rovesciamento di un'istituzione totale psichiatrica dovrebbe consistere, essenzialmente, nella rottura del sistema coercitivo e nella problematizzazione, a tutti i livelli, della situazione generale.

È qui evidente che non si tratta di un semplice capovolgimento che si manterebbe in un terreno altrettanto aproblematico quale quello istituzionale classico. Ma il rovesciamento dovrebbe agire all'interno del rapporto che unisce i termini opposti della relazione, per negarne la netta opposizione. Ciò significa che termini contraddittori come schiavitù e libertà, dipendenza e autonomia, *non possono essere intesi l'uno come l'opposto dell'altro.*

Se si riportano queste categorie astratte nel campo pratico di un ospedale psichiatrico, il contrario dell'autorità coercitiva dovrebbe essere la permissività assoluta che costringerebbe il personale curante in una condizione coatta; che l'opposto della schiavitù, simbolizzata dall'ospedale chiuso, dovrebbe essere la libertà del malato divenuto unico arbitro della situazione;

che la sconfitta dell'autorità e del potere assoluto dei medici dovrebbe corrispondere, automaticamente, alla completa autonomia dei malati; che i problemi di dipendenza dovrebbero essere risolti nel capovolgimento dei poli del rapporto.

Ma il capovolgimento di una situazione implica soltanto l'inversione dei termini del problema, senza che in realtà nulla venga modificato nel tipo di relazione che li lega.

Sul piano pratico, prendendo in esame uno di Questi binomi *coercizione-libertà* è evidente che l'unica accezione possibile del concetto di libertà dovrebbe corrispondere alla condizione di un malato che - precedentemente chiuso, coatto, determinato, cosificato dall'istituzione - si trovi libero di scegliere fra un numero di alternative possibili. Il limite soggettivo implicito nella necessità di una condizione obiettiva alla libertà, è ciò che manterrà ancora equivoco il discorso.

Per *rovesciare* una condizione asilare chiusa, occorrono due elementi concomitanti che risultano, però, più strettamente correlati e interdipendenti di quanto non si sia soliti pensare: 1) la condizione obiettiva del malato che consenta il passaggio dall'uno all'altro tipo di realtà; 2) la condizione soggettiva di chi provoca il rovesciamento, che si trova però a portare in sé i valori sociali di « norma », che gli definiranno i limiti oltre i quali la libertà gli *apparirà insostenibile.*

È evidente che il passaggio dall'una all'altra condizione (coercizione-libertà) risulta dipendente dalla capacità, di chi determina il rovesciamento, di far fronte alla situazione che viene creandosi, più di quanto non dipenda dalle condizioni obiettive reali. In altri termini, la libertà del malato e il grado di permissività che vige in una istituzione psichiatrica, sono inversamente proporzionali al bisogno che il medico e il personale curante hanno di difendersi di fronte a chi è loro affidato. In questo caso la netta divisione fra le esperienze *positive* e *negative* sussiste finché non si ha la consapevolezza di essere in grado di far fronte al negativo: raggiunta questa consapevolezza, esistono solo situazioni da affrontare, poiché il positivo non è altro che un negativo che si conosce e non si teme.

Ne è un esempio un brevissimo stralcio del resoconto di un'assemblea di comunità, con successivo resoconto di discussione dell'équipe curante - nel cui commento in corsivo risulta evidente quanto qui accennato:

14 aprile '67.

... L'assemblea è disturbata dalla presenza di un cerebropatico un po' rumoroso. All'apparenza non sembra si dia peso al disturbo che provoca. Si assiste però ad un

allontanamento dall'assemblea di Elda, a causa dell'avvicinarsi del ragazzo alla sua sedia...

Nella discussione dell'équipe, viene analizzata l'opportunità di lasciar partecipare all'assemblea elementi che possano disturbare, come oligofrenici o cerebropa- tici. Un medico sostiene che la loro presenza produce una regressione generale (anche per il riconoscersi dei malati nel livello peggiore, per il proiettarsi in loro). L'impedirne l'accesso risulterebbe tuttavia - per un secondo medico - un atto arbitrario, nel senso che resterebbe sempre nelle mani della staff curante la possibilità di stabilire il limite di « partecipazione o di esperienza personale » necessarie per giustificare la presenza di un malato di questo tipo, in assemblea. È evidente che se la realtà istituzionale è quella data anche dalla presenza di questi malati, qualora i medici assumano un atteggiamento discriminante nei loro confronti « sviando la persona, o facendo in modo che non venga accompagnata se necessita di esserlo », la cosa suonerebbe come l'avallo medico ad un atto di esclusione generale. *Tuttavia il fatto che Elda si sia sentita frustrata da questa presenza minacciante, non ha solo un significato negativo, o comunque può offrire la possibilità di movimenti e reazioni diverse. Se Elda si trova di fronte ad un pericolo che non è in grado di affrontare, l'istituzione non può risolvere il suo disagio*

eliminando l’esistenza di ciò che lo produce. Elda avrebbe dovuto essere aiutata per altra via a sopportare la situazione, attraverso il coinvolgimento generale dell’assemblea sul problema che stava vivendo. Se la cosa fosse accaduta, Elda non si sarebbe sentita sola in quel momento, e l’aver superato un’esperienza tanto ansiogena, l’avrebbe posta ad un livello più alto di sopportazione. In caso contrario (cosi come in realtà è avvenuto) si alimenta la regressione, più di quanto non si stimoli la riabilitazione. Eliminare queste occasioni d’incontro fra livelli diversi di malati, significa mantenere la barriera fra le esperienze positive e quelle negative, rivelando il limite entro cui si ritiene possibile maneggiare la situazione. Ciò eviden- zierebbe il bisogno, da parte dell’istituzione di «fermarsi », prima di provocare una situazione che non si sente sicura di fronteggiare. In questo senso parrebbe più realistico riconoscere che la necessità di un certo livello di esclusione, Corrisponde alla presa di coscienza dei propri limiti (in questo caso i limiti dell’istituzione), oltre i quali si presume di non sapere, o non poter dialettizzare la situazione. Non si potrebbe dunque sostenere che - oltre un certo limite di esperienza personale - l’elemento partecipante all’assemblea risulta negativo, ma che oltre un certo limite di disturbo, l’istituzione non è ancora in grado di maneggiare la

situazione.

Il rovesciamento di un'istituzione dovrebbe dunque implicare un contemporaneo rovesciamento in entrambi i poli della situazione in cui si agisce, attraverso la negazione dei valori di riferimento che ne sostengono, ad entrambi i livelli, la condizione. Solo in questo caso la libertà perderebbe il carattere (tipico della permissività) di concessione controllata dall'alto, e, insieme, quello di capovolgimento di una situazione coatta in semplice supremazia di chi era prima soggetto; per diventare il rovesciamento di un sistema difensivo, implicito nel rapporto fra dominato e dominatore.

La definizione di istituzione totale come luogo in cui un gran numero di internati si trova in balia di un piccolo gruppo controllore, esplicita già la natura del rapporto che esiste fra ì poli dell'istituzione: da un lato un'équipe curante che esplica il suo mandato sociale di natura custodialistica, determinando - secondo i valori della società di cui è rappresentante - il livello di regressione del malato che può maggiormente garantire il buon andamento dell'istituzione; dall'altro il ricoverato che, per difendersi dall'ansia e dalla problematicità del vivere oggettivato e in balia altrui, tende ad aumentare il livello di regressione prodotto dalla malattia e dalla definizione che ne è stata originariamente fatta.

Se questa è la situazione reale di un'istituzione totale, è

chiaro che qualora il problema del suo rovesciamento non venga posto all'interno del rapporto che, da un lato, lega i poli della relazione e, dall'altro, i termini opposti del capovolgimento (coercizione-libertà), si rischia di limitarsi ad invertire i termini della situazione, senza modificarne gli elementi che ne hanno determinato e mantenuto la condizione.

Analogo problema si presenta nel rovesciamento del principio di autorità al livello di staff. Nella realtà istituzionale, il leader del gruppo curante gioca un ruolo di potere nei confronti del gruppo, poiché è l'unico ad avere in mano - a causa del suo mandato sociale - gli strumenti di cui abitualmente l'«autorità» si serve per difendersi e creare le distanze da ciò che vuole dominare. Ma nel caso di un'azione di rovesciamento del principio di autorità, il rovesciamento dei valori su cui si fonda la nostra società gerarchizzata, deve attuarsi così nel leader come nel gruppo, attraverso un processo di negazione dei propri valori di riferimento.

Nel leader questa negazione può passare attraverso la diluizione del suo potere in ruoli autonomi e complementari, che tendano a distruggere l'immagine del capo come autorità arbitraria, sfrondandola degli elementi spuri dati dal potere puro, o dal potere del ruolo. La sua negazione verrebbe quindi ad attuarsi nella realtà, attraverso la negazione di una delle facce reali del suo

ruolo, rappresentata appunto dal mandato sociale in esso implicito (da ciò, lo sfasamento costante fra la negazione del proprio potere attraverso la diluizione in ruoli autonomi, e la responsabilità sociale conservata intatta nella sua figura di « dirigente »). Ma questa negazione risulterebbe valida e reale solo nel momento in cui la situazione — originariamente nata dal volontarismo di un leader che assume la rottura del sistema autoritario-gerarchico come scelta personale - si rivelasse tanto matura da rendere irreversibile una posizione nata come volontaristica: quando, cioè, il leader non possa più « tornare indietro » con un atto autoritario per ristabilire un diverso equilibrio di potere. Solo allora la negazione dell'autorità sarebbe attuata sulla realtà, attraverso il costituirsi, sul piano pratico, di una dimensione che impedisca l'artificiosa divisione di un potere che può essere dato e tolto a piacere.

D'altro lato, il rovesciamento del principio di autorità da parte del gruppo, dovrebbe passare attraverso la negazione dei valori di riferimento in esso impliciti: cioè attraverso la negazione dei meccanismi competitivi e antagonistici tipici della nostra realtà borghese, che porterebbe a vivere la negazione dell'autorità attuata dal leader, come acquisto di potere e di autorità personali. L'autonomia dei ruoli coincide - anche in perfetta rispondenza con i cosiddetti valori dominanti - con

l’acquisto di potere. Potrebbe quindi risultare come un rovesciamento del principio di autorità, anche ciò che, in realtà, non corrisponderebbe che ad un suo consolidamento a livello diverso. Il carattere di *ovvietà* con cui l’acquistata, automatica autonomia potrebbe essere vissuta dal gruppo, potrebbe non rendere altrettanto automatico il legame fra autonomia e responsabilità. Ciò che accomuna l’azione del leader e quella del gruppo, nel rovesciamento istituzionale, è la responsabilità nei confronti di una *finalità comune* che dovrebbe essere in grado di prevenire ogni slittamento personalistico. L’autonomia senza responsabilità è il primo passo di un’azione in cui si possono prendere decisioni senza pagarne le conseguenze; la responsabilità nell’autonomia diventa una conquista personale altamente gratificante; ma la finalità comune all’interno di un’autonomia responsabile richiede costanti verifiche reciproche, che spesso mettonp in crisi l’autonomia sia del gruppo che del leader.

In un gruppo di lavoro, se il passaggio dall’autonomia alla responsabilità in seno ad una finalità comune non si attua, si potrebbero verificare - da un lato, reciproche resistenze inconsce sul piano pratico e ideologico, da cui risulterebbe difficile separare i motivi psicologici dalle obiezioni reali; dall’altro, il riconoscimento del leader come *autorità classica,* con i conseguenti comportamenti

di adesione totale, servilismo e strumentalizzazione reciproca, tipici del rapporto servo-signore.

Ciò che risulta evidente è la necessità che il rovesciamento (se vuole definirsi tale) si attui in tutti gli strati di cui l'istituzione è costituita, ciascuno attraverso la negazione del proprio livello di integrazione al sistema di valori su cui si fonda l'istituzione e quindi la società di cui è emanazione. In caso contrario ci si manterrebbe all'interno di un sistema di vasi comunicanti, dove ci si limiterebbe a trasferire, di volta in volta, i medesimi meccanismi che hanno condizionato e condizionano la situazione che si vuole rovesciare.

La difficoltà starebbe tutta nel concetto di *finalità comune* che dovrebbe essere contemporaneamente un prerequisito, una condizione indispensabile all'azione di *rovesciamento*; e, insieme, qualche cosa di costantemente verificabile nella realtà, quindi qualcosa che non può essere dato una volta per tutte. Infatti, la conferma dell'esistenza di una tale comune finalità, sarà riscontrabile solo attraverso azioni i cui risultati non sono prevedibili, dato che non ci sono modelli di riferimento capaci di assicurare l'esito di un rovesciamento, una volta che se ne conoscano le premesse.

Tuttavia, avendo riconosciuto le varie possibili contraddizioni all'interno di un'istituzione in fase di rovesciamento, sarebbe forse utile individuare quale

potrebbe essere la finalità, comune a tutti gli elementi che la compongono.

Andando alle origini, si potrebbe incominciare a dire che la finalità dell'istituzione manicomiale (quindi di tutti i ruoli di potere in essa impliciti) era esattamente l'opposto di quella che poteva essere la finalità degli internati. L'istituzione manicomiale viveva per aproblematizzare il problema del malato, per il quale l'unica identificazione possibile restava la struttura ospedaliera, nata per distruggerlo. In questo modo l'internato era costretto a partecipare di quell'unica finalità, collaborando egli stesso alla sua totale disumanizzazione.

In un'azione di *rovesciamento istituzionale*, il rifiuto dell'istituzione potrebbe essere il primo passo comune a tutti i livelli, internati ed équipe curante. Ma, nella misura in cui il rovesciamento istituzionale coincide con la problematizzazione generale della situazione (quindi con la conquista di una libertà, a tutti i livelli, che, per essere tale, passa attraverso la responsabilità), esso coincide anche con una messa in crisi generale ed individuale insieme, dove ciascuno si trova nella condizione di cercare le proprie difese, per sopravvivere all'ansia di un rapporto che non permette maschere né rifugi.

Che il rovesciamento istituzionale passi attraverso gradi diversi di responsabilizzazione (che significa gradi

diversi di negazione dei propri valori di riferimento) è evidente dai problemi emersi da una serie di assemblee, di cui si riportano qui alcuni elementi di discussione:

Dal 20 al 28 aprile J67.

... Si discute il problema della birra. Se ne beve troppa (oltre il limite accordato di una birra giornaliera): si propone quindi la sua abolizione o la totale liberalizzazione (coercizione-libertà).

Qualche nuovo entrato, non direttamente interessato, ne propone la soppressione totale; gli viene risposto che quando la vendita della birra non era permessa in ospedale, entravano molti alcolici «di contrabbando». La proibizione serve di stimolo. Vittorio (alcolista) interviene dicendo che il problema è quello di responsabilizzarsi davanti agli altri, cioè nei confronti della comunità. F. interviene dicendo che si tratta anche di un responsabilizzarsi davanti a se stesso: il vino mi fa male, quindi non bevo. Pirella puntualizza la possibilità che qualcuno, pur consapevole del fatto che il vino fa male, voglia bere proprio per questo, cioè con uno scopo autodistruttivo (qualche commento di assenso, come se si parlasse di cosa nota). Basaglia interviene dicendo che se il malato non si responsabilizza, anche il medico non può

essere responsabile del suo rapporto con il malato: se il malato è un irresponsabile, in che modo il medico può essere responsabile di qualcosa che non c'è?

Nel complesso gli alcolisti sembrano attratti e insieme respinti da questa possibilità di responsabilizzazione. L'ospedale è, per loro, il rifugio dove ricorrere quando cedono all'alcool e non sanno più far fronte alla loro dipendenza. Se anche l'ospedale assume ai loro occhi la faccia problematica del loro vivere quotidiano (se cioè in ospedale c'è la stessa possibilità, lasciata nelle loro mani, di bere) perde la funzione di rifugio, per diventare il terreno in cui devono continuare a provarsi, misurarsi e responsabilizzarsi. D'altra parte la proibizione serve solo per il periodo del ricovero; non come educazione all'autocontrollo. Se l'istituto si limita a proibire l'alcool, la sua azione resta nei limiti di una « sospensione » del problema (che autorizza l'alcolista a ricorrere ad altri mezzi per bere) nel senso che, per un periodo, essa tutelerebbe gli alcolisti da loro stessi. Il loro cedimento assumerebbe anche agli occhi dell'istituto, il valore della dimostrazione del loro grado di dipendenza. Tutto qui. L'alcolista stesso - d'altro lato - sembra preferire questa condizione, che non lo chiama in causa come uno dei soggetti della situazione: se l'istituzione abolisce la birra e non si appella direttamente a lui, sarà libero di bere « di contrabbando

», per « vendicarsi » della proibizione istituzionale.

Vengono fatte varie proposte che continuano ad oscillare fra la proibizione e la liberalizzazione totale:

a) liberalizzare completamente la birra con un margine di controllo dato da tutti;

b) spostare la vendita nei reparti anziché nel bar, in modo che la responsabilità del barista venga diluita e divisa nei diversi reparti;

c) liberalizzare, ma con restrizioni di orario;

d) creare un chiosco separato per la sola vendita della birra, che consentirebbe un maggior controllo;

e) aumentare progressivamente il costo della birra dopo la prima bottiglietta.

Alcune proposte conservano il carattere coercitivo-punitivo-restrittivo (l'aumento del prezzo, la restrizione dell'orario), altre tendono ad una maggior responsabilizzazione della comunità. Le reazioni delPassemblea sono di tipo diverso:

i) In alcolisti come A. è chiara la necessità che la questione venga risolta di autorità dai medici, auspicando la completa abolizione della birra. *Evidentemente non si sente tanto forte da poter decidere da solo se bere o no, e vuole avere davanti a sé un'autorità che lo costringa e che, per questo, si sentirà autorizzato ad aggredire in*

qualche modo (bevendo). Lo stato d'ansia che gli proviene dall'essere libero e responsabile è tale, da riuscirgli insopportabile. Ad ogni fine seduta conclude, proponendo aggressivamente di delegare ai medici la responsabilità della decisione da prendere.

2) Alcuni non alcolisti propongono la liberalizzazione della birra, mossi da un totale scetticismo nei confronti degli alcolisti: se uno vuole bere, che beva. Imparerà a sue spese e capirà da solo. Fatta la legge è fatto l'inganno. Con la proibizione, continueranno a trovare sotterfugi e mezzucci per bere. L'uomo è quello che è, non si può far niente!

3) Renato (non alcolista, ma soggetto ad improvvisi acting-out) oscilla apertamente fra la proposta della birra libera (perché non anche cognac,e grappa?) e l'abolizione totale, con la minaccia di chiudere in « cella » i trasgressori. *Si muove ancora e sempre fra la concessione e la proibizione, a seconda del suo bisogno di autorità o di permissività totale, senza mai mettersi personalmente in causa.*

4) Furio puntualizza che la birra non è stata «concessa » dai medici, ma che comunitariamente era stato deciso di accettare di impegnarsi di berne una sola bottiglia al giorno, il che è molto diverso. Se i medici concedessero la liberalizzazione dell'ospedale, la situazione non sarebbe dissimile da quella di un ospedale tradizionale,

dove il medico risulta l’unica autorità. L’autorità del medico non è scomparsa, ma è ridotta dalla presenza di gruppi di malati e di infermieri che la dividono e la contestano. Riparlare a questo punto di liberalizzazione o di abolizione totale, significa dichiarare apertamente un fallimento per quanto riguarda l’impegno che ognuno si era preso nei confronti della decisione comune. *(Qui potrebbe entrare in campo il pericoloso gioco della colpevolizzazione, con gli esiti che di solito l’accompagnano).*

5)Il paziente gerente del bar interviene spiegando com’è nato *il problema della birra*: non ce la faceva più a mantenere un certo controllo che prima gli riusciva. (*La crisi generale è quindi anche legata ad un suo atto di difesa di fronte al problema, il che si riallaccia alla permissività come strettamente legata sia alla condizione obiettiva che alla capacità soggettiva di far fronte alla situazione)*.

I termini del discorso - di cui sono stati riassunti qui solo gli elementi fondamentali - continuano ad oscillare fra il bisogno di un’autorità (che elimini o diminuisca l’ansia prodotta dalla dimensione in cui l’intera istituzione tende a muoversi: la responsabilizzazione), e il bisogno di conquistare una libertà che passa attraverso la conquista della propria responsabilità. Questo per quanto riguarda i ricoverati. Lo stesso meccanismo è, tuttavia, presente

nello staff curante (medici e infermieri) che possono essere attratti dal bisogno di difendersi o con la propria autorità o con l'autorità altrui, a seconda del livello d'ansia (con conseguente bisogno di riparo e di regressione) che un'azione di rovesciamento comporta.

In questo senso, se il rovesciamento si attua in ciascun ruolo dell'istituzione, attraverso la negazione della propria faccia istituzionale (cosi per i malati, come per gli infermieri e per i medici) la negazione dell'istituzione e della istituzionalità risulterebbe una finalità comune a tutti. Nella misura in cui ciascun componente l'istituzione è oggettivato nel proprio ruolo istituzionale (legato, oppresso, diretto, determinato, seppure a gradi diversi) la negazione istituzionale come *simbolo della lotta ad ogni sistema di oppressione e di sopruso*, diventa un movimento qualitativamente comune, che va oltre la comunitarietà, aprioristicamente implicita nel concetto classico di comunità terapeutica. Qui la rottura del legame tradizionale fra l'istituzione e i suoi componenti, resta all'interno dell'istituzione stessa, senza intaccare il sistema di valori che la sottende.

Se dunque, l'antistituzionalità si rivelasse una finalità comune reale, nel terreno pratico dell'istituzione, la *contestazione* del malato come unica modalità ritenuta valida in quanto momento di negazione dell'istituzione che lo opprime a tutti i livelli, potrebbe superarsi attraverso la

negazione della propria istituzionalità (che corrisponde nel malato al ruolo regressivo cui si abbandona per difendersi, così come nel medico e nell'infermiere al ruolo regressivo del potere) in un atto successivo, che potrebbe portare ad una comunitarietà di azioni allo stesso livello e allo stesso fine, che andasse oltre la suddivisione dei ruoli. In questo modo sarebbe individuabile un movimento dialettico in seno alla contestazione stessa, che potrebbe spingere la situazione verso un passo ulteriore, usando della contraddizione come via verso un successivo rovesciamento della realtà. Ciò senza presumere di risolvere i conflitti, ma di affrontarli ad un altro livello.

Tuttavia, qualora il salto qualitativo dell'individuazione di una finalità comune non sia ancora avvenuto, la realtà di *un'istituzione che si nega* può fàcilmente trovarsi invischiata in momenti regressivo-antagonistici, che evidenzierebbero la mancata negazione della faccia istituzionale di ciascun termine della relazione. L'equivoco potrebbe allora mantenersi su una ricerca di « democratizzazione di rapporto » che rischierebbe di essere fine a se stessa, facendo slittare la situazione in rovesciamento, sul piano del concetto borghese di interdisciplinarietà (ciascuno cerca conferma di sé nell'altro, mantenendo intatta la propria zona di competenza). La democratizzazione dei rapporti all'interno di *un'istituzione che si nega*, si giustifica

come *problema* solo nel momento di negazione di un'azione che, in quanto proposta di una realtà rovesciata, si pone come antiautoritaria e antigerarchica. Ma non dovrebbe sussistere come problema in sé in una fase successiva, dove avrebbe la sola funzione di rallentare e confondere il significato dell'azione.

Il discorso resterebbe qui aperto sul senso di un rovesciamento istituzionale, sui limiti del rovesciamento e sull'origine di questi limiti: se cioè provengano dal livello di negazione in cui si muove (*« non siamo mai completamente contemporanei del nostro presente»* R. Debray), o se non potrebbero essere l'espressione di una preoccupazione più nascosta di cui non risulterebbe ben chiarita la natura: la preoccupazione della democratizzazione dei rapporti, come ultima mistificazione istituzionale che si rivelerebbe meno « rovesciata » di quanto creda di essere.

Gian Antonio Gilli

Una intervista: la negazione sociologica

L’intervista che segue ha per oggetto la « carriera » di un sociologo che si è trovato a contatto col lavoro di un ospedale psichiatrico. In concreto, essa riguarda un’esperienza condotta presso l’O.P. di Gorizia, cui lo scrivente ha partecipato in veste di sociologo consulente dello staff medico di tale Ospedale. Il rapporto diretto con l’istituzione asilare, il fatto che essa costituisca lo sfondo immanente alle vicende professionali qui descritte, è la prima giustificazione dell’inserimento di questa intervista nel presente libro. Vi è però forse anche un’altra giustificazione, fondata su un argomento che occorrerebbe sviluppare a lungo ma i cui termini, schematicamente, sono questi. La ricerca sociologica, o, più genericamente, le scienze sociali, sono andate, negli ultimi decenni, sempre più costituendosi come sistema. Questo sistema, che ha anche elaborato una propria cultura, mostra alcune caratteristiche decisamente *istituzionali*, tra cui, *primo*, la necessità di affermare un proprio « modello » in presenza di certe resistenze, *secondo*, l’esigenza di una integrazione assoluta dei membri che la compongono. Ciò significa che ogni ricercatore, ogni membro della comunità delle scienze sociali, è tale solo nella misura in cui ha pienamente interiorizzato certe prescrizioni, che si traducono soprattutto nella continua ri-proposizione e difesa di un certo tipo di approccio alla realtà (l’approccio sociologico), e di interpretazione e

spiegazione di questa (la Ragion sociologica). Se si è d'accordo sulla individuazione di questi caratteri istituzionali delle scienze sociali, si comprende la ragione dell'inserimento di un'espressione di rifiuto della sociologia (quale questo scritto si propone di essere) in un'opera di negazione dell'Istituzione. Solo che il bersaglio non è più l'istituzione ospedaliera. Anzi, per il ricercatore nelPO.P. che prende coscienza di certe contraddizioni, e che vuol tirarne tutte le conseguenze, l'ospedale appare la mitica istituzione liberatoria partendo dalla quale la Ricerca, le sue tecniche, la sua ideologia, vengono dapprima riconosciute come Istituzione, e successivamente negate.

La letteratura sociologica sull'ospedale psichiatrico ha conosciuto, a partire dai primi anni cinquanta, una specie di boom. Qual è il significato di tale fenomeno? Qual è la posizione del sociologo nell'O.P.?

Per rispondere a questo punto vorrei prima ricordare due casi di ricerche che mi sono rimaste particolarmente impresse. Nel 1951 un antropologo ottenne il permesso di introdursi in un ospedale psichiatrico, fingendosi malato di mente. In tale veste raccolse materiale sui processi di interazione all'interno del reparto cui era stato assegnato; dopodiché, naturalmente, se ne usci e pubblicò il

materiale così raccolto. Il secondo caso è simile al primo. Qualche anno fa, alcuni laureati, fingendosi alcolizzati, parteciparono ad una serie di riunioni presso la sede locale di un'organizzazione antialcolica, la Alcoholics Anony- mous; essi indossavano abiti dimessi e vennero «istruiti con cura... a star seduti, per tutta la riunione, mostrandosi tesi e a disagio ». Anche questa esperienza venne illustrata in un saggio. Entrambe le ricerche furono criticate, per lo più su basi « tecniche », più di recente, su basi « morali » [35] Si tratta, a dire il vero, di casi limite. In genere, la veste in cui il ricercatpre entra nell'O.P. è meno lontana dal suo vero ruolo: vi entra come « medico », come « infermiere », e qualche volta, apertamente, persino come sociologo.

Tuttavia, se si esamina più in profondità il ruolo del sociologo nelPO.P., si può giungere alla conclusione che, tra tutti questi possibili modi di « ingresso », non esiste una differenza sostanziale: il ricercatore nelPO.P. « recita una parte » che non ha scritto lui, e la sua decisione è limitata al costume da indossare: di malato, di medico, di sociologo. Per cercar di chiarire questa affermazione occorre sviluppare i due punti posti nella domanda.

Il primo punto è il seguente: perché questo boom improvviso di ricerche su un sistema sociale - l'O.P. appunto - per cosi lungo tempo trascurato dalla sociologia? La risposta è la seguente: la sociologia «si è

accorta» del- l'O.P. pérché, nella società capitalistica avanzata, l'O.P., cosi com'è, rappresenta un problema, una contraddizione all'interno di tale società. Questo non ci dice ancora nulla sui rapporti tra società (questa società) e sociologia (questa sociologia). Ma vediamo intanto perché oggi l'O.P. costituisce un problema. In termini molto generici, si può riconoscere che nelle società occidentali operano due tipi fondamentali di organizzazione dell'azione collettiva: le organizzazioni e le istituzioni. Questi due tipi si differenziano sotto molti aspetti, ma la differenza fondamentale riguarda il metro rispetto al quale vengono giudicate dal sistema più generale di cui fan parte. Il giudizio delle organizzazioni avviene in termini di *efficienza*, il che significa raggiungimento dello scopo con un massimo contenimento dei « costi ». Alle istituzioni non si chiede invece che operino con un massimo di efficienza; anzi, non si bada neanche che raggiungano lo scopo, - che è spesso puramente verbale e ideologico. Quel che il sistema si attende dalle istituzioni è che esse svolgano determinate funzioni che prescindono completamente dallo scopo dichiarato, che vanno spesso in senso opposto, e che nessun rappresentante ufficiale del sistema sarebbe mai disposto ad ammettere (in termini sociologici, funzioni «latenti»). Poiché il modo stesso in cui ogni istituzione è strutturata assicura lo svolgimento di tali funzioni, ciò che

il sistema generale chiede alla istituzione, nel nostro caso, all'O.P., è il *mantenimento del modello* originale, l'esatta conservazione dei confini, dei rapporti interni tra sotto-sotto-sistemi, della immutabile distribuzione delle risorse (principalmente, del potere).

Molti fatti stanno però ad indicare che, nel sistema capitalistico avanzato, che pone un premio elevato sull'efficienza, le istituzioni, quantomeno nella loro forma tradizionale, sono guardate con sfavore. L'esempio più cospicuo, in Italia, è dato forse dalla serie di tentativi di riforma burocratica, diretti a impostare secondo criteri di efficienza le istituzioni della pubblica amministrazione. Nel caso dell'O.P., però, questa spinta alla « modernizzazione » è ancor più forte. Infatti, se il materiale su cui lavora la burocrazia (la sua «risorsa») sono le informazioni, la risorsa dell'O.P. sono individui, *capitale umano*, e, nelle presenti condizioni di produzione, più di ogni altra risorsa (materie prime, energia) il capitale umano richiede forti investimenti iniziali, e un costo elevato di manutenzione. In questa prospettiva, il modo in cui una parte di tale capitale viene « trattata » nell'O.P. rappresenta indubbiamente uno « spreco » [36] Ci si può chiedere perché questo non sia stato avvertito sin dall'inizio (ed anzi, la reclusione massiccia di malati in manicomi corrisponde, grosso modo, al balzo nell'industrializzazione dei primi decenni dell'Ottocento).

Possiamo forse ipotizzare che il profondo mutamento nelle strutture produttive verificatosi negli ultimi cento anni, e i mutamenti intervenuti nella disponibilità delle diverse risorse hanno determinato unà ridefinizione del concetto di forza-lavoro: rispetto al favoloso imprenditore « manchesteriano » per cui erano forza-lavoro quei tanti uomini, donne, bambini che gli servivano, in concreto, per il soddisfacimento di una specifica esigenza produttiva, l'imprenditore moderno censisce come forza- lavoro tutti coloro che vivono, ora e in futuro, in una determinata area, e deve quindi esser più selettivo, più preoccupato della buona conservazione del capitale umano. Il concetto di forza-lavoro, cioè, da concetto *concreto* (quasi una definizione ostentativa: *questi* determinati individui, presi, secondo criteri di prossimità geografica, di robustezza, di docilità, ecc. da una massa pressoché inesauribile, come sono - erano - inesauribili aria e acqua), è diventato *concetto astratto, analitico* (quasi una definizione normativa: sono forza-lavoro tutti quelli che vivono entro un dato spazio socio-geografico). Il far parte della forza-lavoro è così diventato, da status conseguito, status ascritto: vi è come la presunzione ; che tutti ne facciano parte.

Questa presunzione, e la definizione onnicomprensiva di forza-lavoro che vi sta alla base, si infrangono però contro i muri dell'O.P. nella sua forma attuale, - di un

sistema, cioè, che o non rende affatto le risorse che gli vengono passate, o le rende con eccessivo ritardo, e comunque senza mai dare garanzie sufficienti sulla possibilità di reinserimento completo di tali individui. La pressione del sistema generale nei confronti dell'O.P. è dunque diretta ad ottenere una maggior efficienza: più dimissioni, degenze più brevi, risultati più sicuri.

Più in particolare, questa esigenza del sistema generale si volge in due direzioni: da un lato, come si è detto, si richiede all'O.P. un funzionamento ispirato a criteri di efficienza; dall'altro, a livello del singolo individuo, si richiede l'integrazione del degente nel nuovo sistema ospedaliero che dovrà consentirgli il reinserimento tra i suoi pari in condizioni professionali. Queste considerazioni spiegano pienamente le ragioni della necessità di un intervento (in forma di ricerche) della sociologia, e il modo in cui questo intervento si concreta. La sociologia opera come branca principale della ingegneria sociale, e deve indicare come superare col minor costo (maggior efficienza) certi attriti e frizioni verso la società ben formata. Questo lavoro di ingegneria sociale, rivolto verso l'O.P. richiede anche, evidentemente, un grosso investimento in impianti materiali e risorse tecniche: ma il ruolo del sociologo, in particolare, è orientato verso un compito più complesso: quello di ridefinire il tessuto sociale dell'ospedale, di

riformulare gli schemi di relazioni umane che maggiormente si adattino, siano funzionali al nuovo ospedale orientato in termini di efficienza. Questa esperienza di razionalizzazione delle vecchie strutture viene talvolta vissuta dal sociologo, ideologicamente, come esperienza di «umanizzazione»; corrispondentemente, il sociologo ritiene che l'iniziativa di tale processo riposi nelle sue mani, e che essa vada esercitata quasi « contro » il sistema, vincendo le sue resistenze. Occorre invece tenere ben fermo che: i) il sociologo o, in genere, chiunque operi, puramente e semplicemente, nel senso di una maggior liberalizzazione, ecc. dell'O.P. non si pone affatto in una posizione rivoluzionaria e eversiva, bensì collabora ad eliminare dal sistema più generale un elemento di contraddizione (l'O.P. nella sua vecchia struttura); che: 2) indipendentemente dalla collaborazione del sociologo, e da ogni sua iniziativa, il superamento di questa contraddizione è una necessità, prima di tutto teorica, del sistema, e sarà il sistema stesso a risolverla.

È forse opportuno precisare meglio il significato di tale collaborazione, e vedere in che misura, all'interno del suo ruolo, il sociologo può mantenere un atteggiamento critico verso la strumentalizzazione, da parte del sistema generale, della riforma in senso

umanitario dell'Ospedale Psichiatrico.

Va subito chiarito un punto importante, che può sembrare evidente, ma che occorre tuttavia esplicitare e portare fino alle più lontane conseguenze. E cioè, per fare una ricerca, per entrare nell'ospedale, per intervistare, per osservare, *per porsi insomma come sociologo*, il sociologo ha bisogno di potere: Questo potere gli viene conferito dal sistema generale: indipendentemente da quel che egli crede, dall'immagine che ha di se stesso (ad esempio, di « mediatore » tra il sistema sociale generale e il mondo degli esclusi), dalla simpatia che sente verso l'oggetto della ricerca, egli esiste solo nella misura in cui esercita quel potere. Se il potere gli venisse meno, egli non esisterebbe più, come sociologo. Se tale potere venisse esercitato in modo non conforme alle prescrizioni del sistema, o addirittura rivolto contro il sistema, tutto ciò si risolverebbe pur sempre a vantaggio del sistema, che fonda questo potere.

Ma intendiamo tornare più tardi su questo punto, che ci sembra fondamentale. Seguiamo ora il sociologo che entra nell'O.P. Egli sa di entrare in un mondo di esclusi; sa, sulla base di ricerche statistiche, che la popolazione degli ospedali psichiatrici è fortemente selezionata secondo la classe sociale; sa, per averlo letto o osservato nella pratica, che verso il malato mentale si esercitano degli

stereotipi che tendono ad istituzionalizzare il malato in un ruolo deviante, a « premiarlo » proprio quando il comportamento del malato risponde alle aspettative della gente, che lo vuole « diverso » [37] ecc. Il sociologo si sente però tranquillo, soprattutto metodologicamente, innanzitutto perché lui queste cose « le sa », e quindi può guardarsene; in secondo luogo perché quel poco o tanto di relativismo culturale cui si ispira gli suggerisce di riconoscere una legittimità, una legalità, anche al sistema deviante. Su queste basi, ha inizio la « fase di osservazione » vera e propria. Il ricercatore viene a contatto con medici, infermieri, e soprattutto malati; la « normalità » di questi pazienti rafforza i suoi buoni propositi metodologici (questa sensazione è tanto più viva in quanto, in fondò, egli se li aspettava « diversi »), e il sociologo scopre presto, in quel mondo, una sua logica. È facile perciò che in certi momenti egli si senta egualmente distante dal mondo esterno quanto dal mondo interno. Ma questa « equidistanza » è proprio la posizione ideale per quel che il sistema generale esige da lui.

Nel corso di questo primo periodo di osservazione, tuttavia, questo processo di rassicurazione del proprio super- ego metodologico è latente; scopo immediato di questa fase, piuttosto, è la precisazione dell'argomento della ricerca, e delle ipotesi di base. L'esame della letteratura in materia di O.P. ci mostra che ogni ricerca

viene a ricadere in uno di questi due gruppi: ricerche su aspetti della struttura e dell'organizzazione dell'ospedale; ricerche su aspetti della posizione e della partecipazione del malato nell'ospedale. Se si leggono queste ricerche restando all'interno della ideologia sociologica corrente, si potrà magari osservare una certa varietà di argomenti, e un grado diverso di «immaginazione» nei diversi autori; in una prospettiva esterna, però, tutte queste ricerche presentano una stessa faccia e caratteristiche identiche. Questo è dovuto al fatto che le ipotesi di base implicite che stanno a fondamento di tutte queste ricerche sono in realtà strettamente condizionate da alcuni vincoli fondamentali imposti dal sistema. Vediamo un po' meglio questo punto per i due tipi di ricerca.

Le ricerche del primo tipo, quelle cioè su aspetti strutturali e organizzativi dell'istituzione, sono le più numerose. Si esamina l'interazione dei degenti, i modelli di leadership, la differenziazione e la stratificazione, il modo in cui i pazienti reagiscono a tipi diversi di autorità. Ma, tanto per fermarci su quest'ultimo caso, sia per quanto riguarda la « reazione » dei pazienti, sia per l'uso dell'autorità, la gamma dei comportamenti dei pazienti ritenuti significativi, e la gamma di possibile impiego dell'autorità sono, implicitamente, troncate ad un'estremità: quella che può mettere in discussione la struttura profonda dell'O.P. Per quanto riguarda la

reazione dei degenti, la scala che il sociologo costruisce per « misurarla » include agevolmente il massimo di reazione positiva (il « buon malato »), ma esclude il massimo di reazione negativa, quella dèi degente che non reagisce, non si cura delle domande che gli vengono rivolte. Ma su questo punto vorremmo tornare parlando delle tecniche della ricerca. Quanto all'impiego dell'autorità, la scala di modalità possibili va da un impiego autoritario a uno « democratico » dell'autorità, intendendosi per democratico il fatto che i degenti possano prender la parola nelle riunioni, possano decidere, a maggioranza, se vedere il primo o il secondo canale televisivo, chi parteciperà ad una gita collettiva, e cosi via. Di una cosa sola non si parla: del potere reale, che resta sempre nelle stesse mani, che non viene mai ridistribuito. Pure, è proprio questo potere che, ad un certo momento, ha deciso di permettere che i degenti decidano su questioni di tanta importanza. Naturalmente, il punto debole di questa « democrazia » (così vicina alla democrazia esterna) non è il fatto che i degenti discutano di questioni irrisorie, ma il fatto che tale possibilità sia frutto non di un'autonoma realizzazione, bensì di una concessione esterna, concessione determinatasi sulla base di esigenze che non li toccano, se non in senso negativo: prima fra tutte, l'esigenza di assicurarsi un maggior « consenso » dei degenti con l'estendere ad essi le regole

del gioco.

Questo aspetto mistificante delle ipotesi di base è ancor più evidente nell'altro tipo di ricerche, quelle incentrate più specificamente sul comportamento dell'individuo nell'ospedale. Appartengono a questa categoria le ricerche sui gruppi terapeutici. Qui si pone un premio sul fatto che l'individuo si comporti da buon membro del gruppo, che partecipi proficuamente alle discussioni, che diminuisca le tensioni di gruppo, che contribuisca a colmare il solco tra il gruppo dei medici e quello dei degenti. Il ragionamento alla base è pressapoco il seguente: il ricoverato ha dovuto essere allontanato dalla società perché nei suoi rapporti con gli altri era fuori della norma; occorre quindi insegnargli a interagire correttamente con gli altri, a saper praticare le relazioni umane. In pratica, insomma, si insegna il reinserimento in piccole unità, unità di vicinato, di quartiere, a individui che sono stati esclusi per l'operare di meccanismi che vanno ben oltre quelli dell'unità di vicinato, individui per i quali le difficoltà di comportamento coi vicini, coi compagni di lavoro, con la famiglia, sono spesso soltanto il sintomo di un conflitto su più larga scala. Risulta così evidente che la diversità di impostazione, di argomento delle varie ricerche è mera apparenza, poiché tutte devono fare i conti con determinati vincoli (le ipotesi di base, appunto) imposti dal sistema. Il sociologo disposto a

sottoporre ad analisi il proprio ruolo non potrà non riconoscere, a questo punto, che il suo incontro con l'esperienza da studiare non è affatto libero ed originale, ma anzi, è severamente limitato e, in un certo senso, predisposto. Il ricercatore nell'O.P. che ripensi la propria esperienza si rende così conto che la formulazione del tema della ricerca non è stata altro che la prima espressione di quel potere che il sistema gli ha conferito, e che tale potere è stato usato per tagliare ed orientare la situazione sociale del degente (prima e dopo Pospitalizzazione) in modo perfettamente funzionale al sistema ospedaliero e a quello generale.

Questa caratteristica della fase iniziale della ricerca, di costituire, cioè, esercizio di un potere, si estende anche ad altre fasi e strumenti della ricerca?

La questione posta in questa domanda è legittima. Non è difficile infatti vedere una determinata ricerca criticata « da sinistra » proprio sulla base di queste considerazioni, che cioè i presupposti fondamentali della ricerca stessa affondano le proprie radici nel sistema verso il quale, magari, affermano di porsi in modo critico, o « neutrale ». Occorre però andar oltre, e cercar di mostrare che il ferreo controllo esercitato dal sistema generale sulla ricerca sociologica si estende ben al di là della fase

iniziale di formulazione delle ipotesi e di definizione dell'oggetto della ricerca. Fermiamoci su due aspetti, o fasi della ricerca, la formazione del campione e l'intervista. È chiaro che, se il nostro sociologo non vuol limitarsi ad un'analisi di tipo statistico, o alla mefa osservazione, dovrà fare una serie di *interviste* ad un *campione*, comunque definito, di tale popolazione ospedaliera. Come noto, un campiohe, tratto da una popolazione, può essere più o meno rappresentativo di tale popolazione. Il sociologo aspira, normalmente, alla massima rappresentatività del suo campione, e di solito vi giunge assai vicino: il che significa, in pratica, che nel campione figureranno le stesse percentuali di maschi e femmine che si ritrovano nella popolazione generale, che la composizione per età, anzianità d'ospedale, ecc. sarà pressapoco simile per l'universo e per il campione, che tutti i reparti saranno equamente rappresentati, e così via. Ma di cosa è rappresentativo tale campione? non si può dire che esso rappresenti la popolazione dei reclusi, - ma solo il gruppo dei reclusi *disposti a collaborare* col ricercatore, ad ascoltare le sue domande e a rispondergli. Diventa allora evidente la mistificazione che la nozione di rappresentatività (apparentemente «neutrale») comporta: il fatto che si tratti di rappresentatività parziale è nascosto e mascherato dalla rappresentatività apparente per sesso, età, reparto, tipo di diagnosi, ecc., di tutto l'ospedale.

Tuttavia questa mistificazione di base non è fonte di alcun conflitto per il ricercatore addestrato col mito della avalutatività; non mette in crisi la ricerca, perché avviene *a monte* della ricerca stessa, quale questa viene concepita nella sociologia borghese. Nel campione, e quindi nella ricerca non figurano quelli che respingono la ricerca, che non rispondono all'intervistatore; vi figurano invece tutti quelli che accettano le regole del gioco di domanda-risposta.

Quest'ultimo gruppo presenta, per il discorso che stiamo facendo, un singolare interesse teorico, soprattutto perché si tratta di una figura generale, e il discorso può quindi allargarsi facilmente alle altre scienze sociali. È possibile, ad esempio, tracciare un parallelo tra questi reclusi che « collaborano » e i cosiddetti informants degli antropologi, quegli informatori sulle cui dichiarazioni, comportamenti, atteggiamenti, credenze, si basa cosi tanta antropologia 38 Dal punto di vista teorico, l'analogia tra queste due figure è chiara: si tratta di individui disposti a partecipare alla espressione di un potere. Ma che significa in questo caso «partecipare»? non significa già autonomia, attività indipendente; significa invece accettare di porsi come oggetto, come punto focale dell'espressione di un potere tecnico ad opera del ricercatore (sociologo, etnologo, ecc.). Sia il membro di società primitive, che si presta a collaborare con l'antropologo, sia il « buon

malato » che accetta di far parte del campione, affrontano e subiscono « volontariamente » questa riduzione ad oggetto ad opera del ricercatore. Questa « accettazione » può spingersi molto avanti: così, il « buon malato » diventa spesso la guida abile e volonterosa dei visitatori dell'O.P., quello che ne illustra le nuove realizzazioni (TV, gioco bocce, aiuole fiorite), e per quanto grande possa essere lo sforzo del visitatore, del «bianco», di comprendere questo mondo escluso, per quanto grande possa essere la sua simpatia, e il suo desiderio di emancipazione altrui, il «buon malato » lo sopravvanza largamente, nel senso che riesce ad accettare, a giustificare i valori del mondo esterno (in base ai quali è stato escluso) più che quelli del proprio. È su di lui in quanto oggetto che opera la ricerca sociologica [39]

Ma ora chiediamoci in che modo il malato può rifiutarsi di esser ridotto ad oggetto, quali alternative ha al prestarsi a collaborare, a condividere (subendola) questa espressione di potere. L'altra alternativa, in termini molto semplici, è questa: se non si presta a collaborare, se non partecipa, il ricercatore (il detentore del potere) lo lascia perdere, non lo considera. Ciò significa che per il ricercatore, per la ricerca, per il potere considerato come processo, questo malato non esiste (in termini « scientifici »: non fa parte del campione). La scelta oggettiva che sta davanti al recluso è dunque la seguente: o accettare di

essere og- gettivizzato, o accettare di venir negato, e ulteriormente escluso. Questa alternativa ha una pregnanza e un significato enormi, e la sua portata va ben oltre la posizione del recluso e del « negro » in generale: come dovrebbe essere già chiaro a questo punto, essa investe la stessa posizione del «bianco» (sociologo, etnologo), e gli si pone di fronte con la stessa crudezza. Ma, come vedremo, il Sociologo può rovesciare questa alternativa, mentre non è affatto chiaro come questo rovesciamento di alternativa possa esser possibile al recluso, che deve invece subirla integralmente.

Tuttavia, in questo momento della sua ricerca, il sociologo non pensa ancora ad alcun rovesciamento (al massimo avverte un lieve disagio). Sulla base del campione così formato, è tempo di partire con la « campagna di interviste ». Naturalmente, con un campione così selezionato, le interviste « vanno bene ». Tanto meglio se, come consiglia la tecnica del questionario, si è avuta l'avvertenza di annotare qualche modo di dire del gergo ospedaliero, e la si sa infilare in una domanda al momento giusto. Ottima, infine, la conoscenza del linguaggio parlato delle classi inferiori, per riuscire a mettere più a suo agio l'intervistato [40]

Anche con un campione così, tuttavia, possono sorgere dei problemi. Il problema principale si ha quando qualche intervistato vien meno alle regole. Regola principale

dell'intervista (e, ovviamente, delle scienze sociali): la *neutralità*. Un intervistato che a metà dell'intervista chiede sigarette, cento lire, che instaura in qualche modo un contatto fisico con l'intervistatore, viola le regole della neutralità. Di colpo, l'intervista « si infetta »: il sociologo dimentica le espressioni del gergo ospedaliero, dimentica l'italiano delle classi popolari, dimentica quasi la domanda che stava facendo. Il suo imbarazzo, disagio, la sua « sincera delusione » è così forte che in quel momento, scordandosi che neutralità e distacco sono stati predisposti per garantirgli un uso migliore (più efficiente) del potere, si serve del suo potere per riassicurarsi la neutralità. È fatale, a questo punto, che il tono dell'intervista diventi « più formale », e che sino alla fine il sociologo non abbassi più le sue difese.

Ma la peggior violazione della neutralità è quando il malato si rivela un « cattivo malato »: non risponde, magari sputa, tira calci. Di fronte ad un malato così, il sociologo, dopo alcuni « pazienti tentativi », finisce per concludere: «L'intervista non è possibile! » - ed è proprio un'affermazione di questo tipo che ci rivela, in riferimento ad una tecnica di primo piano come l'intervista, che gli « strumenti di ricerca » sono in realtà strumenti di potere. Qual è infatti il senso espresso dell'affermazione « L'intervista non è possibile », e la posizione cui essa rimanda? È la riprova del fatto che gli strumenti del

sociologo funzionano come copie, come modelli esatti dei meccanismi di sopraffazione e di esclusione a livello sociale generale, nel senso che la loro utilizzabilità è funzione del livello di integrazione sociale degli oggetti della ricerca. Consideriamo questo parallelo. Il potere sociale determina l'esclusione di un gruppo di individui: tra questi, alcuni vengono « recuperati » (riutilizzati) a patto che accettino, fino a interiorizzarla, la validità e la legittimità delle regole del gioco in base al quale sono stati esclusi; altri, tra questi esclusi, che « non possono » compiere questa accettazione, vengono ulteriormente esclusi e negati. Il procedimento del sociologo è identico: da questa massa di esclusi, egli ne ricupera alcuni, - tutti quelli, cioè, ai quali sono applicabili i classici strumenti della ricerca; tutti gli altri, quelli per i quali l'applicazione di tali strumenti non è possibile, il sociologo li allontana da sé, non li considera, li nega nel solo modo in cui il potere del quale, in quanto sociològo, è dotato, gli consente di negarli: come impossibili oggetti di ricerca. Anche per quanto riguarda le fasi centrali della ricerca, dunque, la fiducia in una neutralità del sociologo, dei suoi strumenti (intervista, tests, scale di atteggiamenti, ecc.), deve venir meno di fronte alla constatazione che la popolazione discriminata dall'uso o meno di tali strumenti coincide con quella discriminata (in base al criterio della riutilizzabilità), per i suoi fini, dal

sistema socio-economico generale.

Che conseguenze presenta, per l'oggetto stesso della ricerca, questa « messa in crisi » degli strumenti e delle tecniche tradizionali?

Si è detto prima che, in pratica, tutte le ricerche nell'ambito dell'O.P. hanno come oggetto o determinati aspetti dell'interazione di pazienti tra loro (o con infermieri, con medici), o il modo in cui il paziente si adatta alla struttura dell'ospedale. Ricerche del primo tipo, ripetiamo, sono dirette a individuare le modalità di funzionamento più efficiente dell'ospedale, ferma restando l'attuale, completa, asimmetria di potere; nel secondo caso, sono dirette a ricercare nuove forme di integrazione del degente nel sistema ospedaliero, assicurandone la sostanziale adesione. Se il sociologo, una volta messo ben in chiaro questo punto, ritiene di collaborare qol sistema generale nel miglioramento degli asili, nel renderli più confortevoli, più efficienti, ecc., la « crisi degli strumenti » rientrerà immediatamente, perché non ha ragione d'essere. Infatti, le tecniche di ricerca quali sono formulate nella sociologia contemporanea sono perfettamente idonee al raggiungimento di quei fini. Che poi questa assoluta subordinazione della sociologia al sistema sia pagata a caro prezzo, in termini di mancanza di

creatività, di sterilità concettuale, ecc., è un altro discorso.

Se invece il sociologo non è disposto a far rientrare questa crisi degli strumenti, ma intende cercarne uno sbocco più soddisfacente (in questo momento egli sta cosi mettendo tra parentesi la sua subordinazione al potere materiale), è necessario che egli ritorni al problema dell'oggetto della ricerca. La domanda da porsi è la seguente: esistono (e se si, quali sono) oggetti di ricerca che non siano direttamente strumentalizzati dal sistema sociale generale e da quello ospedaliero per i loro propri scopi? La risposta, secondo noi, è questa: esiste un solo tipo di ricerca che risponda, almeno inizialmente, a questo requisito, ed è la ricerca che ha per oggetto *la contestazione del sistema ospedaliero e del sistema sociale generale che avviene all'interno dell'O.P.* Questa risposta - lo diciamo subito - non risolve affatto il problema del ruolo del sociologo in questa società; è anzi una risposta ancora incompleta, essenzialmente ambigua. Vorremmo tuttavia parlarne, in primo luogo perché, nel corso di un'esperienza concreta di ricerca cui lo scrivente ha partecipato, essa ha costituito, almeno per un certo periodo, una « soluzione », ed è probabile che essa presenti la stessa apparenza per altre esperienze simili, sia cioè generalizzabile; in secondo luogo, perché è una risposta non semplicemente interlocutoria, ma (quando

nasca dall'esperienza, dalla prassi della ricerca) dialettica, in quanto contiene in sé le premesse per un suo superamento.

Che significa fare una ricerca sulla contestazione nel-TO.P.P Significa raccogliere ed analizzare ogni manifestazione (atteggiamento, comportamento), individuale o collettiva, rivolta *contro* il sistema sociale ospedaliero e il sistema generale di cui il primo costituisce la diretta prosecuzione. Assunto fondamentale di una ricerca di questo tipo è che qualsiasi manifestazione all'interno del sistema anzidetto può venir valutata in riferimento a due poli opposti, quello della contestazione, appunto, e il polo contrario della integrazione. Se un degente rompe un vetro, imbratta i muri, rifiuta di rispondere, compie atti aggressivi, tutti questi atti vengono assunti come altrettante espressioni di contestazione. Il fatto che un individuo che è stato oggetto di sopraffazioni, che è stato escluso dalla società generale, spogliato della sua identità e ridotto ad un oggetto, e che ora vien fatto segno a tentativi di persuasione perché accetti quelle regole in base alle quali è stato escluso, ecc.; il fatto che un individuo in queste condizioni reagisca, protesti, eventualmente in forma violenta, è il fenomeno cruciale dell'esperienza ospedaliera. È cruciale perché direttamente legato alle prospettive di un possibile intervento: come il sociologo

collaborazionista studia le forme di integrazione e di adattamento all'O.P., cosi com'è per rafforzare tale istituzione, il sociologo in posizione critica (per ora non si può dire di più) ricerca le forme di contestazione a tale sistema, in vista del suo abbattimento. Questa contestazione, infatti, non è fine a se stessa, non è un mero sfogo: è la molla che, a qualsiasi livello di regressione istituzionale, mette in discussione tutto il sistema, un debole tentativo di negarlo.

Ma a noi ora non interessa tanto parlare della contestazione in sé, quanto del significato di una ricerca sulla contestazione per il sociologo critico. Per quanto la decisione di considerare la contestazione come unico oggetto possibile della ricerca sociologica sia, come si è già detto, e come cercheremo di mostrare in seguito, una posizione ancora intermedia, da superare, essa rappresenta già un *rovesciamento* rispetto all'impostazione sociologica tradizionale, un rovesciamento totale, quello stesso che si ha dal negativo al positivo di una pellicola fotografica. Il sociologo collaborazionista, infatti, non può, letteralmente, studiare la contestazione nel modo anzidetto, e *non può* perché n*on riesce a vederla* in quanto sociologo: questo perché, come si è cercato di dimostrare prima, se vuole impiegare gli strumenti e le tecniche della sua professione, ogni espressione di contestazione viene esclusa dalla ricerca

prima che questa cominci (vengono esclusi dal campione tutti i « cattivi malati »), o viene emarginata rapidamente se pi manifesta durante la ricerca («Non si può continuare l'intervista! ») Gli esempi nella letteratura sono innumerevoli: ad esempio, in uno scritto che mi viene in mente, l'autore illustra una serie di fasi attraverso cui passa un gruppo terapeutico, la seconda delle quali presenta, dal nostro punto di vista, un interesse enorme, essendo ricchissima di contestazioni: basta pensare che, a parte numerose infrazioni gravi al regolamento e molti casi di distruzione di cose, si costituisce addirittura un blocco nelle comunicazioni da parte del gruppo verso la staff medica, e che tale bloccaggio viene controllato dal gruppo, che punisce i contravventori. Orbene, per l'autore dello scritto citato questa fase va interpretata come fase «di disorganizzazione sociale»! «Tutti i medici - conclude mestamente - notarono che in quel periodo la terapia era largamente inefficace » [41] Fortunatamente, nelle fasi successive, le cose andarono meglio: le comunicazioni coi medici ripresero, diminuirono le manifestazioni di acting-out, ed è probabile che anche la terapia abbia fatto passi da gigante, ritrovando l'indispensabile « cooperazione » da parte del paziente...

Un altro modo per non accorgersi del fatto della contestazione è quello di ricomprenderla nella categoria della devianza: è sufficiente, a questo scopo, definire il

deviante come quello che si comporta in modi diversi da, e inaccettabili a, gli altri pazienti; è deviante, insomma, l'individuo che disturba, che focalizza su di sé l'attenzione risentita degli altri, che fa dell'ostruzionismo...[42] Questo stemperamento della contestazione in generica « devianza », strettamente associato al fatto che esiste una letteratura sociologica vastissima sul« controllo della devianza », molto scarso, invece, sul trattamento della contestazione, ha delle ragioni teoriche ben precise. Infatti la devianza non esce, per così dire, dal sistema: essa, eventualmente, rappresenta un allontanamento dai fini riconosciuti dal sistema, o dai mezzi legittimamente previsti per il loro conseguimento, ma con ciò, implicitamente, accetta e riconosce e mezzi e fini; mentre, al termine della contestazione, per quanto debole, maldestra e « regressiva », c'è l'eversione del sistema.

È forse il caso di chiarire, a questo punto, in che senso anche per il sociologo, oltre che per il recluso, si ponga l'alternativa « oggettivazione-negazione », e, in genere, il problema dei rapporti tra ruolo del sociologo e potere.

Prima di affrontare il problema del potere, occorre giustificare un'affermazione fatta poc'anzi, e cioè che

anche una ricerca sociologica che ha per oggetto la contestazione va superata, perché rappresenta una posizione ambigua e insoddisfacente; e, soprattutto, vedere come sia possibile superarla.

La ragione essenziale dell'ambiguità di una posizione di questo tipo ci appare: chiara se consideriamo che il sistema sociale generale strumentalizza la ricerca sociologica in due modi diversi. Il primo, il più evidente, fa capo alla ben nota funzione di ingegneria sociale della sociologia: la ricerca sociale fornisce al sistema informazioni utili per ristrutturare, nel senso di una maggior efficienza, l'O.P. (così come la fabbrica, la scuola, ecc.). La seconda modalità di strumentalizzazione è più sottile, ma egualmente cospicua: *per il semplice fatto di svolgere una ricerca sociologica*, il sociologo esercita un potere per conto e nell'interesse del sistema sociale, a tal punto che esiste una stretta corrispondenza tra le tecniche della ricerca sociologica e le tecniche del potere materiale generale. È chiaro, a questo punto, che una ricerca sulla contestazione è forse capace di eliminare il primo tipo di strumentalizzazione, ma lascia intatto il secondo: la ricerca stessa, qualsiasi ricerca, è espressione di potere.

Questa constatazione è emersa con molta chiarezza nel corso dell'esperienza di ricerca cui si riferisce questo discorso, e cioè: anche una ricerca diretta a porre in luce

gli elementi di contestazione del sistema è subordinata al sistema, e ad esso strumentale, proprio perché il ricercatore continua ad operare sulla base di quel potere di cui il sistema generale lo aveva inizialmente dotato; proprio perché il fatto che tale potere sia rivolto contro il sistema *ha meno valore* del fatto che tale potere, in un modo o nell'altro, viene esercitato.

È chiaro dunque che questa posizione (ricerca sulla contestazione) si rivela estremamente equivoca, rimandando all'immagine di un sociologo disperatamente in bilico, che ricerca ogni espressione di contestazione e che finisce lui stesso per contestare tutto, tranne il proprio ruolo. Ma è interessante vedere in che modo il sociologo in questa posizione giustifichi la mancata inclusione del proprio ruolo tra gli oggetti di contestazione. La giustificazione principale poggia sull'osservazione che il sociologo esercita si un potere, ma un potere *tecnico*, e quindi un potere neutro (*sic*), o magari un potere « buono » che può venir impiegato contro il sistema. Anche questa estrema difesa del ruolo del sociologo si rivela però, fin da una prima analisi, essenzialmente astratta e antistorica: più precisamente, essa non tiene conto del fatto che, accanto alla divisione del lavoro sociale, vi è stata una divisione del potere sociale. Rispetto all'indifferenziato potere sociale originale, cioè, il potere tecnico non rappresenta l'esito di un processo di depurazione, di

purificazione, bensì il risultato di un processo di differenziazione di tale potere originario, processo che ha portato a distribuire ad agenti diversi, nel modo più acconcio al sistema, potere tecnico e potere materiale. Tecnicità del potere significa che vi è stata anzitutto una divisione tra detentori di potere e semplici esecutori; in secondo luogo, all'interno di questi ultimi, una divisione di compiti tra esecutori tecnici ed esecutori materiali. Il potere tecnico è dunque tale nella misura in cui, accanto ad esso, esiste un potere esecutivo di disposizione, di sfruttamento, di esclusione, e dovunque esiste potere tecnico allo stato « puro », l'uso di questo potere è reso possibile da meccanismi di potere materiale altrettanto « puri ». (È superfluo che l'etnologo sia armato, basta che lo sia la polizia coloniale).

L'abbandono anche di quest'ultima posizione, e la messa in discussione del proprio ruolo, ha per il sociologo un significato cruciale. Essa costituisce come l'ultima voce di un bilancio generale del suo intervento, un bilancio che potrebbe essere, molto semplicemente, così: «l'osservazione partecipante non va, l'intervista nemmeno, il campione non torna, l'ipotesi di base anche più avanzata non salva nulla... Ma allora si mette in discussione la possibilità stessa della ricerca! »

Tutto questo è esatto. L'esperienza di ricerca nell'O.P., forse più che in altri sistemi caratterizzati da asimmetria

di potere (nell'O.P. tale asimmetria è totale) consiste appunto nella messa in crisi progressiva degli strumenti e delle tecniche della ricerca, per arrivare alla crisi della ricerca nel suo complesso e, in ultimo, alla crisi all'*idea* stessa di ricerca, e nella conseguente *rinuncia alla ricerca*. In questo senso, proprio quando rinuncia alla ricerca, e solo in quel momentó, il sociologo comprende pienamente di esser stato portatore di un potere conferitogli dal sistema generale (quello stesso che ha operato la sopraffazione e l'esclusione degli oggetti della ricerca, dei malati); comprende che non solo i risultati della ricerca, ma i suoi stessi strumenti, servono al sistema; comprende infine che l'impiego di tali strumenti corrisponde ad un atto di oggettivazione e di negazione che, in quanto rappresentante del sistema, egli sociologo sta in quel momento compiendo.

In questo attimo finale della sua collaborazione col sistema, il sociologo si rende anche conto del fatto che, di quel potere che gli era stato affidato, egli non era il soggetto, bensì *l'oggetto*; che cioè nell'esercizio di tale piccolo potere egli subiva un potere assai più grande, accettando di porsi come oggetto ad un livello un po' più elevato, forse, di quello del malato o del « negro », ma sempre enormemente lontano dal vertice-. In questo momento più lucido della sua presa di coscienza il sociologo si rende quindi anche conto del fatto che si pone

anche a lui l'alternativa che egli poneva, per conto del sistema, al recluso: o accettare di essere ridotto a oggetto (e collaborare in questo senso), o venir negato (il che significa, per il sociologo, che gli vien ritirata la sua razione di potere tecnico). In modo più chiaro che non per il degente, tuttavia, al sociologo è possibile rovesciare questa alternativa^ ma può farlo in un solo modo: respingendo in modo attivo l'idea stessa di ricerca, così configurata, rifiutando il proprio ruolo di sociologo, in una parola, suicidandosi come sociologo.

Cosa resti, al di là di questo atto violento di negazione di sé quale sociologo, non è affatto chiaro. Che qualcosa resti, che il discorso debba spingersi oltre, ci sembra probabile. Questo rifiuto della ricerca non va inteso, infatti, nella sua semplice implicazione cognitiva-operativa, bensì, sostanzialmente, come rifiuto del potere. Ciò solleva diversi problemi, primo fra tutti: è possibile, ha senso, partendo da un'assoluta mancanza di potere, fare ricerche? In che misura, cioè, l'idea di ricerca è legata con la disposizione di un potere? È forse persino superfluo notare che non siamo in grado, in questo momento, di rispondere a tali domande. È però possibile indicare le due condizioni principali che è necessario soddisfare prima di poter tentare una risposta. La prima condizione è di sapere molto di più di quanto non si sappia adesso sul ruolo del sociologo comunemente

inteso, e sulla divisione del lavoro e differenziazione sociale cui esso, nella sua forma attuale, rimanda. In particolare: perché il ruolo del sociologo esiste, in questa forma, nella nostra società? è perché la nostra società è una società complessa, o invece perché si tratta di una società capitalistica?

La seconda condizione è ancor più inderogabile. Per accertare i legami tra ricerca e potere, per liberare, come speriamo, la ricerca dal potere, *occorre fare ricerche* . Lo stesso vale per la fase precedente: il suicidio di sé come sociologo non ha senso se fatto in astratto, ma solo se avviene sul terreno della ricerca. È la pratica che deve far compiere questa scelta fondamentale, ed è nella pratica che occorre verificare faticosamente la correttezza teorica di un eventuale successivo intervento in qualità di non sociologi.

Appendice

Si ritiene opportuno inserire, in appendice, due articoli che rispecchiano due aspetti particolari del momento attuale: i) il problema dell'*incidente* e del suo significato in una realtà in rovesciamento, dove un passo falso o un errore possono confermare - agli occhi dell'opinione pubblica - l'impossibilità di un'azione che rivela apertamente le sue falle e le sue incertezze, mentre ogni altra realtà istituzionale si premunisce di nasconderle, ciascuna sotto la propria ideologia; 2) il problema della *gestione* di una realtà istituzionale che, pur negata, deve sopravvivere per continuare a testimoniare la necessità e l'urgenza di una negazione della realtà attuale, a tutti i livelli.

1.
Il problema *dell'incidente*

Qualsiasi *incidente* si verifichi nell’istituzione psichiatrica, viene abitualmente imputato alla malattia, chiamata in causa come unica responsabile dell’imprevedibilità del comportamento dell’internato: la scienza - nel definire il malato come incomprensibile - ha offerto allo psichiatra lo strumento per deresponsabilizzarsi nei confronti di un paziente che, per legge, deve controllare e custodire. Lo psichiatra ha, dunque, finora usato questo strumento, come l’unico che potesse scaricarlo dalla responsabilità che il suo compito comporta. Responsabile di fronte alla società che lo delega del controllo dei comportamenti anomali e devianti (dove non si ammettono - come per altre specialità - rischi e fallimenti) lo psichiatra non ha che trasferito la responsabilità di tali comportamenti nella malattia, limitandosi a ridurre al minimo la possibilità di azioni soggettive del malato, attraverso la sua totale oggettivazione, all’interno di un sistema istituzionale deputato a *prevedere l’ imprevedibile.* Solo attraverso il

congelamento dei ruoli che compongono questa realtà, lo psichiatra può garantire il controllo della situazione, per mezzo di norme e regole che si riferiscono alla legge (per quanto riguarda le competenze del procuratore della repubblica), al regolamento interno (per quanto riguarda i rapporti con l'Amministrazione provinciale da cui l'istituto dipende), e alla scienza con le sue classificazioni e categorie che definiscono le caratteristiche, spesso irreversibili, del malato.

In questo spazio dove l'abnorme è la norma, il malato turbolento, il malato agitato, il malato scomposto sono accettati e giustificati secondo gli stereotipi della malattia; cosi come l'omicidio, il suicidio o le aggressioni di ogni tipo, fino a quelle di carattere sessuale che possono verificarsi in istituzioni più liberalizzate (e quindi più promiscue), sono compresi e giustificati se inglobati nel meccanismo ignoto e imprevedibile delle sindromi. L'incomprensibilità di un atto toglie ogni responsabilità a chi vi assiste o all'ambiente in cui si inserisce, dato che nel momento in cui viene definito come *malato*, nessuno viene preso in causa, oltre l'impulso abnorme e incontrollabile che fa parte della natura della malattia.

Ma, una volta che si avvicini il malato, non più come un'entità isolata, chiusa nel suo mondo incomprensibile e imprevedibile, staccato dalla realtà sociale di cui fa parte - nonostante sia difficile individuarne il posto - avulso

dalla realtà istituzionale’in cui gli è assegnato solo un ruolo passivo, anche l’istituzione viene coinvolta in ogni suo atto, come parte in causa del suo comportamento, poiché ogni fenomeno viene ad essere correlato alla situazione nella quale il paziente si trova a vivere.

L’incidente può essere quindi guardato da due punti di vista opposti, che corrispondono, esattamente, ai due diversi modi in cui l’istituzione giudica il paziente ad essa affidato.

Nel primo caso, si parla della classica istituzione chiusa di tipo custodialistico, dove il rapporto con il malato è di natura prevalentemente oggettuale, dato che l’efficienza è lo scopo primo dell’istituzione: il malato è un oggetto, all’interno di un sistema nelle cui norme e regole deve identificarsi, se vuole riuscire in qualche modo a sopravvivere alla sopraffazione e al potere distruttivo che l’istituzione esercita su di lui. Ma che vi si opponga con comportamenti sfacciatamente anomali, o che vi si adegui con comportamenti apertamente servili e sottomessi, il malato è comunque determinato dall’istituzione che - attraverso la rigidità delle sue regole e l’unidimensionalità della realtà che impone - continua a fissarlo nel suo ruolo passivo che non gli consente una sola alternativa, oltre l’oggettivazione e il suo adattamento ad essa.

È dunque l’istituzione che, nel suo proporre una realtà

priva di alternative e di possibilità personali, che vadano oltre l’irreggimentazione e la serializzazione della vita quotidiana istituzionale, dà al ricoverato le indicazioni verso l’atto che si presume egli debba fare. Indicazioni che sono implicite nella totale assenza di una finalità e di un futuro verso il quale possa progettarsi, e che rispecchiano la mancanza di alternative, di finalità e di possibilità di futurizzarsi dello psichiatra, in quanto delegato di una società che esige da lui il controllo dei comportamenti anomali, con il minimo di rischio.

In questa situazione coatta, dove tutto è controllato e previsto in funzione di *ciò che non deve accadere*, più che in funzione di una finalità positiva nei confronti del malato, la libertà non può essere vissuta che come *l’atto proibito-negato*, impossibile ad attuarsi, in una realtà che vive solo per prevenirlo. Lo spiraglio di una porta aperta, una stanza incustodita, una finestra socchiusa, un coltello dimenticato, sono l’invito esplicito ad un’azione distruttiva, per prevenire la quale esiste l’istituzione. Questo è il risultato dell’identificazione con l’istituto cui si costringe il malato, il quale non può non vivere la libertà che come momento auto o eterodistruttivo, cosi come l’istituzione si è affannata ad insegnargli. Dove non ci sono alternative, dove non c’è la possibilità di scegliere e di responsabilizzarsi, *l’unico futuro possibile è la morte,* come rifiuto di una condizione di vita

invivibile, come protesta al grado di oggettivazione in cui si è ridotti, come l'unica illusione possibile di libertà, come l'unico progetto possibile. Ed è troppo facile identificare queste motivazioni con la natura della malattia, cosi come la psichiatria classica ci ha insegnato.

In questo contesto ogni azione che - in qualche modo — rompa il cerchio ferreo delle regole istituzionali, è un'illusione di libertà che si identifica con la morte. La fuga da un'istituzione il cui unico futuro possibile sia esplicitamente la «morte», non può essere che un tentativo di sottrarsi a quel futuro, nell'illusione di poter essere ancora padroni della propria vita e responsabili dei propri atti; ma viene inevitabilmente a concludersi con la conferma della propria schiavitù o con la morte.

L'unica responsabilità che l'istituzione - paradossalmente - concede all'internato è quella *dell' incidente*, che si affretta a trasferire nel malato e nella malattia, rifiutandone ogni legame e partecipazione. Il ricoverato che, durante la lunga degenza, si è trovato spogliato e deresponsabilizzato in ogni suo movimento, si ritrova completamente e automaticamente responsabile di fronte al suo unico atto di libertà, che quasi sempre coincide con la morte, l'istituzione chiusa, come mondo già morto in sé fin dal momento dell'oggettivazione del malato nelle sue regole disumanizzanti, gli offre dunque, come unica alternativa esplicita, la morte che si

presenterà ogni volta con la faccia illusoria della libertà.

In questo senso *l'incidente* (di qualunque natura esso sia) non è che l'espressione del *vivere la regola istituzionale fino in fondo*, portando alle estreme conseguenze le indicazioni che la istituzione fornisce al malato.

(A questo punto, il discorso può naturalmente essere trasferito dal malato ricoverato, alla persona senza alternative, senza un futuro, senza una possibilità, che viva in una realtà in cui non trovi posto. L'esclusione di cui è oggetto, serve allora di indicazione all'unico atto possibile, che non può non essere un atto di rifiuto e di distruzione).

Nel caso di un'istituzione aperta, la finalità globale dell'istituto è il mantenimento della soggettività del ricoverato, anche se la cosa può andare a scapito dell'efficienza generale dell'organizzazione. Questa finalità si rispecchia in ogni atto istituzionale: se risulta necessario passare attraverso l'identificazione del ricoverato con l'istituto, si tratta di un'identificazione in cui può riconoscere ed individuare la propria finalità personale, una possibilità futura, dato che l'istituzione si presenta come un mondo aperto, che offre alternative e indica come possibile la vita del paziente.

In questa realtà, la libertà diventa norma e il degente si abitua ad usarla; il che significa che si tratta di un

esercizio alla responsabilizzazione, all'autocontrollo, alla gestione della propria persona e alla comprensione della propria malattia al di fuori di ogni pregiudizio scientifico. Ma perché ciò avvenga, è necessario che tutta l'istituzione (cioè i diversi ruoli che la compongono) sia interamente coinvolta e presente in ogni momento e in ogni atto, come sostegno materiale e psicologico del malato. Questo significa la rottura della rigidità dei ruoli, la rottura del rapporto oggettuale con il malato di cui si condividono le finalità; la rottura del rapporto autoritario-gerarchico in cui i valori di un polo della relazione siano dati per scontati, cosi come i non-valori dell'altro; la possibilità di più alternative in cui il malato sia in condizione di opporsi al mondo delle regole istituzionali, ricavandone la percezione di continuare ad esistere, all'interino di un'istituzione che si propone esattamente di creare le condizioni perché egli possa continuare ad esistere. Ciò significa che l'istituzione rinuncia ad ogni forma di difesa che non consista nella partetipazione di tutti i ruoli che la compongono all'andamento generale di una comunità, nella quale i limiti dell'uno sono fissati dalla presenza dell'altro e dalla reciproca possibilità di contestazione.

Questa è, naturalmente, la formulazione utopica della realtà istituzionale aperta: le contraddizioni sono presenti in questa realtà, cosi come lo sono in quella esterna. Ma ciò che conta è che l'istituzione non si incarica di coprirle

e di nasconderle, ma tenta di fronteggiarle con i malati e di evidenziarle dove esse si presentino più ambigue.

In questo contesto *l'incidente* non è più il tragico risultato di una mancata sorveglianza, ma di un mancato sostegno da parte dell'istituto. L'azione istituzionale sostenuta da malati, infermieri e medici può, talvolta, venir meno, creare dei vuoti nei quali si inserisce *l'incidente*; gli atti mancati, le omissioni, le prevaricazioni hanno sempre conseguenze perfettamente logiche e la malattia ha qui un gioco molto relativo.

La porta aperta diventa, allora, un'indicazione per una presa di coscienza sul significato della *porta*, della separazione, dell'esclusione di cui i malati sono oggetto in questa società. Essa assume un valore simbolico oltre il quale il malato si riconosce come « *non pericoloso a sé e agli altri* » e questa scoperta non può non spingerlo a domandarsi perché mai sia costretto, allora, ad una condizione tanto infamante e perché lo si *escluda*.

In questo senso l'ospedale aperto agisce stimolando la presa di coscienza da parte del malato di essere un escluso reale, potendo disporre di uno strumento che gli dimostra - *com'è sua unica funzione dimostrare* — ciò che è stato fatto di lui e il significato sociale che ha avuto l'istituzione in cui è stato rinchiuso.

D'altra parte l'istituzione aperta, come contraddizione in una realtà sociale che fonda la sua sicurezza e il suo

equilibrio sulla netta separazione in compartimenti stagni, categorie, codificazioni che conservano le nette divisioni delle classi e dei ruoli, non può non coinvolgere in questa presa di coscienza lo psichiatra e il personale curante. Essi si trovano immessi in una realtà di cui sono in parte *complici* e in parte *vittime*, costretti dal nostro attuale sistema sociale a dichiararsi garanti di un ordine che vogliono distruggere, esclusi essi stessi ed escludenti insieme. La porta aperta agisce dunque anche sullo psichiatra come presa di coscienza del suo grado di schiavitù nei confronti di un sistema sociale che si sostiene sugli *esecutori ignari e silenziosi.*

Che significato ha *la fuga*, *l'incidente* in questo contesto? Esso si riallaccia direttamente al grado di apertura verso l'esterno e alla natura sociale della realtà verso cui si apre: le possibilità che l'istituzione offre possono cozzare contro il rifiuto da parte della società esterna di metterle in atto. Il futuro, il progetto dell'istituzione non può che essere *l'esterno.* Ma cosi come l'istituzione tradizionale è coinvolta negli *incidenti*, come parte in causa della loro genesi, nell'istituzione aperta - proprio in quanto aperta verso l'esterno - questa società, con le sue regole violente, le discriminazioni e le sopraffazioni, continua a rappresentare il rifiuto, la negazione, l'esclusione del malato di mente come uno dei tanti elementi di disturbo, per i quali c'è - appunto -

l'istituzione e lo spazio adatto.

In questo caso di chi sono le responsabilità? Un malato che può venire dimesso e che si trova rifiutato dalla famiglia, dal posto di lavoro, dagli amici, da una realtà che lo respinge violentemente come *uomo di troppo*, che cosa può fare se non uccidersi o uccidere chiunque abbia per lui la faccia della violenza di cui è oggetto? In questo processo chi può, onestamente, parlare solo di malattia?

FRANCO e FRANCA BASAGLIA

Gorizia, 28 marzo 1968.

2.
Il problema della *gestione* [43]

Quando si analizza una realtà istituzionale statica e fissa nei suoi schemi chiusi, molti elementi - spesso i più essenziali - sfuggono all'indagine sotto un etichettamento che raramente corrisponde alla realtà. Se poi ci si proponga di analizzare - come si è tentato di fare - un'istituzione psichiatrica in movimento, o meglio in *crisi permanente* come amiamo definire quella nella quale agiamo, l'impresa risulta ancor più ardua, pensando alla finalità che questa azione si prefigge: la sostituzione di un modello di riferimento schematico con qualcosa che non si limiti ad essere un *non-modello*, ma che voglia avere in sé la possibilità di porsi come *antimodello*, capace di distruggere la tendenza all'acquietarsi in nuovi schemi di riferimento, contrapposti a quelli tradizionali. Ciò significa la distruzione della istituzione manicomiale, non soltanto come rovesciamento reale del sistema coercitivo su cui si fonda, ma come presa di coscienza del piano *globale* sul quale il sistema gerarchico-punitivo si inserisce- il che richiede un discorso *globale* che abbia a

precedere quello psichiatrico particolare, o nel quale il discorso psichiatrico specifico possa estendersi. Una psichiatria, dunque, che non vuole solo negarsi, ma vuole affermarsi come antiscienza (se per scienza si intende un'ideologia che si trova sempre a confermare i valori della classe dominante), attraverso il passaggio necessario da una posizione semplicemente controtransferale, ad una dialettica. Solo nella crisi e nella critica interna permanente sarà forse possibile trovare la garanzia al suo non porsi come scienza risolutiva.

La *prima* fase della nostra azione antistituzionale può definirsi, come del resto può essere ritenuta la C.T. in generale, *controtransferenziale*, nel senso che il contatto diretto con la realtà istituzionale ci ha obbligato a tentare un capovolgimento - di natura essenzialmente emotiva - di questa realtà, rifiutando la violenza con cui essa è sempre stata gestita. L'incontro con il malato nell'istituzione deputata alla sua custodia e cura ci ha coinvolto esistenzialmente come complici e artefici della condizione disumana cui è stato ridotto, richiedendo, da parte nostra, un'azione antistituzionale che tendeva, essenzialmente, a capovolgere il *negativo* del mondo manicomiale, nel positivo di un'istituzione psichiatrica in cui il malato mentale risultasse un uomo che ha il *diritto* ad essere

curato. Di qui il significato originariamente riparatorio della nostra azione.

Tuttavia, l'identificazione del malato mentale come l'*escluso sociale* che ha pagato per la tranquillità della nostra esistenza, ci ha consentito di fare un passo successivo, che consisteva nella individuazione del denominatore comune a tutti gli esclusi, spingendoci alla ricerca del rapporto fra *l'escluso* e ciò che lo esclude. In questa ricerca è risultato evidente che ciò che accadeva nell'istituzione psichiatrica era comune a tutte le altre istituzioni su cui la nostra società fonda il suo sistema: ogni istituzione risulta deputata ad istituzionalizzare coloro che sono ad essa affidati, sia che si tratti di istituzioni psichiatriche, o pedagogiche, familiari, punitive, ecc.

Questa *seconda* fase può essere definita quella della *razionalizzazione* del momento controtransferenziale, che passa attraverso la presa di coscienza della nostra posizione - quindi della posizione dell'istituzione in cui agiamo - nei confronti del sistema sociale in cui si inserisce. In questo senso la C.T., come realizzazione scientifica della primitiva risposta controtransferenziale, può essere l'espressione concreta di una nuova scienza - la psichiatria sociale - che, mettendo in causa i fattori sociali e ambientali nella genesi dei disturbi mentali, tenta di correre ai ripari, istituendo un servizio psichiatrico

tecnicamente efficiente ed umanitario. Ma la scoperta del «virus sociale », come responsabile della malattia, mantiene ancora la psichiatria in un terreno controtransferale - seppure razionalizzato - poiché si limita ad allargare il proprio campo d'azione, istituendo servizi psichiatrici interni ed esterni che hanno il compito, da un lato, di riparare i disastri provocati dalle sue stesse istituzioni, e, dall'altro, di attutire e ammorbidire i conflitti sociali.

L'analisi del problema è passata, cioè, dal terreno controtransferale a quello sociologico, senza tuttavia perdere il significato di semplice constatazione, tipico di ogni indagine che si limiti a considerare l'oggetto della ricerca come un *dato*.

Procedendo secondo questa linea, risulta evidente che qualsiasi istituzione creata dal sistema economico nel quale viviamo è, per ciò stesso, ad esso funzionale; il che significa che tutte le istituzioni sono deputate alla gestione delle contraddizioni del sistema stesso. Attraverso la creazione delle categorie specifiche, il sistema si garantisce la possibilità di un controllo generale che lo premunisce contro ogni sorpresa e squilibrio. A seconda delle varie istituzioni, avremo cosi diversi tipi di *esclusi* o di *codificati*, la cui esclusione specifica risulta sempre funzionale alla società di cui sono espressione. In esse le contraddizioni sono coperte dall'ideologia scientifica

(ogni istituzione sarà garantita dalla propria ideologia specifica) che definisce i limiti della categoria di competenza.

Ora, nel momento in cui si realizzi che tutte le istituzioni risultano funzionali al nostro sistema economico, si giunge ad una presa di coscienza successiva che potrebbe definirsi il momento della *razionalizzazione politica*. Infatti, nella misura in cui risultano funzionali al sistema, le istituzioni si rivelano direttamente legate ai valori della classe dominante che le crea e le determina, dimostrando come la loro funzione consista essenzialmente nel mantenimento di questi valori e nel garantirne l'efficacia nella manipolazione di un'intera società. L'azione che si vuole attuare in un'istituzione funzionale al sistema non può quindi limitarsi ad un semplice capovolgimento umanitario della situazione specifica, ma dovrebbe agire all'interno della funzionalità dell'*istituzione nei confronti del sistema stesso.*

Tuttavia, una volta messo in atto il processo di rovesciamento istituzionale, ci si rende conto della contraddittorietà dell'esistenza di un'istituzione che nega la propria istituzionalità all'interno del nostro sistema sociale, nella cui dinamica si tende ad assorbire ogni movimento che potrebbe alterare l'equilibrio generale. L'esistenza della C.T. è accettata nella misura in cui si propone come un nuovo modello di assistenza

psichiatrica, quindi come una proposta di sanamento riformistico delle contraddizioni sociali più evidenti. Il che ci rivela di aver lottato contro il sistema che ha determinato un'istituzione nel modo più funzionale ad esso, per suggerirgli una nuova soluzione interna, capace di fargli superare - attraverso jnetodi tecnicamente progrediti - le proprie contraddizioni. In questo senso la nostra azione può assumere un significato altamente riformistico e integrante che non corrisponde agli scopi che ci eravamo prefissi.

Il problema è, ora, quale possa essere il passo successivo, se non si voglia, dopo il momento della razionalizzazione politica, retrocedere alla situazione contro transferale, come l'unica azione possibile all'interno di un sistema che tende a capovolgere in affermazione di sé, ciò che ne è la negazione. Finché si resta all'interno del sistema, la nostra situazione non può che continuare ad essere contradditoria: *l'istituzione è contemporaneamente negata e gestita, la malattia è contemporaneamente messa fra parentesi e curata, l'atto terapeutico viene contemporaneamente rifiutato e agito*. È questo il segno del carattere controtransferale della nostra negazione, o è espressione dei limiti nei quali la nostra azione è costretta e oltre i quali non c'è un'altra alternativa? L'unico superamento possibile, che vada oltre l'istituzione e che non si trasformi in una sua conferma ad

un livello diverso, è la formulazione di una scienza che - negata nella negazione dell'istituzione ad essa legata - sia rovesciata nel suo significato essenziale: una scienza che non sia deputata a garantire i valori della classe dominante.

Ma, al momento attuale, siamo sicuri di poter incominciare a dedicarci alla « malattia »? Ciò che - nella nostra istituzione psichiatrica - è rimasto, dopo la serie di riduzioni successive che ha liberato il malato mentale dalle incrostazioni istituzionali e scientifiche di cui era coperto, è da ritenersi la « malattia »? O il peso dei ricoverati che - non avendo all'esterno una *soluzione sociale* - siamo costretti a continuare a gestire, ci impedisce ancora di essere ciò che vogliamo, obbligandoci a creare una *nuova* istituzione per poter sopravvivere? Questo è il segno della nostra impotenza, o dell'impossibilità di agire all'interno del sistema?

Quando i nostri ricoverati ci dicono: «Bene, ci avete convinti di non essere matti, nel senso in cui ci dicevano di essere: siamo degli esclusi, dei rifiutati. Tuttavia - matti o esclusi - siamo sempre qui, in un ospedale che ci tutela e garantisce per noi. Che cosa siamo allora? » formulano esattamente il problema, cosi come noi stessi lo stiamo vivendo. Potremmo dire che, finché l'istituzione si trova costretta a gestire un « malato » che conserva il suo status di uomo tagliato fuori dalla vita civile in quanto non

adatto ad essa, non si può *ancora* parlare di « malattia ». Ci sono altre incrostazioni da togliere e non è più l'istituzione che possa farlo: è la società, il sistema economico-politico che viene messo in causa da queste presenze all'interno di un'istituzione psichiatrica, per le quali non c'è ragione né giustificazione.

Per poter veramente affrontare la « malattia », dovremmo poterla incontrare *fuori* delle istituzioni, intendendo con ciò non soltanto fuori dell'istituzione psichiatrica (il che potrebbe far pensare al « settore » o ai sistemi preventivi), ma *fuori* di ogni altra istituzione la cui funzione è quella di etichettare, codificare e fissare in ruoli congelati coloro che vi appartengono. Ma esiste veramente un fuori sul quale e dal quale si possa agire prima che le istituzioni ci distruggano? Non si può arguire che la faccia che noi conosciamo della « malattia » è sempre, comunque, la sua faccia istituzionale? È evidente che ogni tentativo di rompere la « norma », viene assorbito come uno dei poli del discorso all'interno della medesima struttura. Se la « malattia » può essere intesa come la condizione di chi si pone fuori della norma, l'istituzione è la sanzione che ha la funzione di riportare l'anormale nella normalità: è cioè il luogo - nella norma - per le deviazioni dalla norma.

Il discorso potrebbe procedere fino a farci sostenere che, colui che viene definito come « malato » (fuori della

norma) guarisce della sua « malattia » nel momento in cui entra in contatto con la sanzione; e ciò non soltanto attraverso la prova di realtà nell'incontro con la durezza e la violenza dell'istituzione, ma anche per il fatto che gli vengono riconosciute come nella « norma », le espressioni contestative che voleva al di fuori di essa e che, per ciò stesso, vengono a perdere l'originario significato.

Il ricoverato si trova qui ad ammalarsi di qualcosa d'altro, cioè di una malattia che potrebbe definirsi istituzionale, in quanto corrisponde esattamente all'imposizione di un *ruolo di anormalità* che ha trovato la sua funzione e il suo significato all'interno della norma.

La destorificazione che le varie istituzioni (familiare, scolastica, industriale, ecc.) avevano tentato di fare ai danni del « malato », attraverso la sua deresponsabilizzazione, viene rovesciata nel momento del suo ingresso nell'istituzione psichiatrica dove egli — reso individualmente aproblematico e adialettico dalla unidimensionalità dell'istituzione — si trova a vivere in funzione di essa e della sua storia, reimmesso quindi nel sistema in quanto oggetto di un'istituzione ad esso funzionale. L'unico momento di storicità reale (comunque difficilmente individuabile dato che non esiste un luogo che sia *fuori* delle istituzioni) che consisteva del suo « essere fuori della norma », gli viene negato attraverso l'imposizione della storicità istituzionale cui è costretto

ad aderire: destorificato, deresponsabilizzato, aproblematico, adialettico, il ricoverato nell'istituzione psichiatrica assolve tuttavia la sua funzione di sostegno al sistema, proprio in quanto categorizzato e definito all'interno di una delle sue istituzioni.

In questo senso, la presenza della cosiddetta « norma » all'interno delPistituzione psichiatrica potrebbe risultare in una certa misura contestante, dato che la funzione esplicita della istituzione è di contenere ciò che esula dalla norma. Il che (finché il sistema non stabilisce che l'istituzione psichiatrica è una nuova istituzione della norma) potrebbe anche indicarci un successivo uso contestante (rispetto al sistema) della C.T., qualora si ponga in un atteggiamento di negazione della funzionalità delPistituzione psichiatrica, in quanto luogo dell'anormale della norma. Il che significa anche che la presenza, all'interno di altre istituzioni (famiglia, scuola, fabbrica) di elementi di disturbo dimessi da un'istituzione psichiatrica che non vuole più essere il luogo di scarico delle contraddizioni esterne, potrebbe servire (cosi come la « norma » è contraddittoria nel luogo dell'anormalità) ad evidenziare le contraddizioni vere nel terreno della cosiddetta « norma ». Il « dimesso» può giocare il suo ruolo di persona reintegrata alla società attraverso l'uso di un'istituzione reintegrante, ma può anche assolvere una funzione contestante, nel senso che la sua sola presenza

nel mondo esterno verrebbe a negare in modo palese il mondo ad una sola dimensione voluta dal sistema e, insieme, confermare l'azione di un'istituzione che rifiuta di esistere solo in quanto luogo di scarico acontradditorio delle contraddizioni.

Questo potrebbe essere un abbozzo per un'indicazione futura. Per il momento la constatazione che si può fare è che il malato mentale, entrando nella sua istituzione specifica, inizia la sua carriera, cosi come si inizia qualsiasi altra carriera professionale all'interno di un'altra istituzione specifica: agli occhi del sistema non c'è alcuna differenza, basta che ognuno resti all'interno della propria categoria e della propria sfera di competenze. Tutt'al più ci potrà essere un'inversione dei ruoli: il rapporto nei confronti del sistema non cambia. Ci sarà sempre l'ideologia scientifica - come superamento delle contraddizioni interne - che sancirà e definirà il posto di ognuno, in modo da non turbare la produzione e l'equilibrio del sistema.

A questo punto il problema si sposta sul terreno dell'ideologia scientifica che stabilisce, contemporaneamente, la norma e le sanzioni necessarie a farla rispettare, a tutela di questo equilibrio. Norma, sanzione e ideologia scientifica sono sempre l'una indispensabile all'altra, dato che si sostengono reciprocamente.

Ora, se è l'ideologia scientifica che determina la norma e stabilisce la sanzione più consona al sistema, è l'ideologia scientifica che agisce come l'istituzione principe che determina la malattia nel modo in cui la conosciamo. Infatti, che la psichiatria borghese sia disposta ora a riconoscere che la malattia mentale può essere strettamente legata alle contraddizioni della nostra realtà sociale, allargando il terreno di indagine e di cura dall'individuo alla famiglia, alla scuola, alla fabbrica, significa che in questa direzione sa di poter creare nuove istituzioni (la psicoterapia della famiglia, gli psicologi di fabbrica, le assistenti sociali) che smorzeranno i conflitti, senza mai arrivare a mettere in discussione il fondamento su cui l'ideologia si basa: *la definizione della norma come cerchio limite dei valori della classe dominante e la divisione dei ruoli come suddivisione all'interno della norma delle diverse competenze.*

Ora, il nostro problema è, se all'interno di un'istituzione sia possibile, non solo rompere il cerchio istituzionale, ma mettere in causa anche il limite della norma attraverso il rovesciamento di una scienza che non sia, esplicitamente, una scienza di classe. Se questo discorso poteva essere, fino a qualche tempo fa, un'intuizione del significato politico del pericolo cui poteva andare incontro la nostra azione antistituzionale, sul piano pratico si tratta ora di una situazione reale che si presenta con la

stessa urgenza con cui si presentava la negazione controtransferenziale della violenza istituzionale. Si tratta di un'impasse teorico e pratico insieme, che non ha niente a che fare con le dissertazioni scientifiche cui si è abituati: per noi è questione di capire in che modo un'azione antistituzionale può concretamente incidere sulle strutture; se lo può, o se questo tentativo di incidere sulla struttura attraverso la negazione o il rovesciamento dell'istituzione, sia soltanto una nuova *utopia* (che si tramuta in una nuova ideologia), che ci consenta di sopportare il tipo di vita che siamo costretti a vivere.

La carriera istituzionale è ciò che chiude - a tutti i livelli - ciascuno nel cerchio della propria competenza. Tentare di uscirne può significare essere *trasferiti* in un'altra istituzione, o essere ricacciati nella propria: il gioco è sempre lo stesso. La nostra attuale condanna è di dover continuare a vivere e ad agire per la conservazione delle istituzioni e del sistema? O l'apertura politica del problema ci dà una possibilità di uscita?

La carriera di Frantz Fanon sembra indicarci una via che egli ha concluso, concretamente, con la sua partecipazione alla « rivoluzione africana ». Frantz Fanon ha seguito, nella sua breve vita, tutto l'iter istituzionale che il sistema gli consentiva: da brillante psichiatra di Lione, a psichiatra impegnato nel centro di Saint-Albain, a

psichiatra di colore con malati di colore ad Algeri, nel periodo della guerra di liberazione. È qui che, evidentemente, Fanon chiarisce la sua posizione di psichiatra politicizzato, realizzando che il rapporto fra medico e malato (cosi come il rapporto fra bianco e negro, quindi fra chi ha il potere e chi non ne ha) *era sempre un rapporto istituzionale in cui i ruoli erano stati definiti dal sistema*. Il massimo cui poteva portare la sua azione era il riformismo ed il perfezionismo tecnico di un'istituzione che offriva - in cambio della conferma della dipendenza del malato - la « guarigione » ed il reinserimento sociale in una realtà che Fanon definiva «una disumanizzazione sistematizzata». L'atto terapeutico risultava un atto di accettazione silenziosa del sistema e Fanon non poteva che scegliere la rivoluzione, come unico luogo fuori delle istituzioni in cui poter agire.

La sua lettera di dimissioni [44] da médecin-chef dell'Ospedale Psichiatrico di Blida-Joinville del '56, lo dice esplicitamente:

... Bien que les conditions objectives de la pratique psychiatri- que en Algérie fussent déjà un défi au bon sens, il m'était apparu que des efforts devaient ètre entrepris pour rendre moins vicieux un système dont les bases doctrinales s'opposaient quotidiennement à une perspective humaine authentique.

Pendant près de trois ans je me suis mis totaiement au service de ce pays et des hommes qui l'habitent. Je n'ai ménage ni mes ef- forts, ni mon enthousiasme. Pas un morceau de mon action qui n'ait exigé comme horizon l'émergence unanimement souhaitée d'un monde valable.

Mais que sont l'enthousiasme et le souci de l'homme si journel- lement la réalité est tissée de mensonges, de làchetés, du mépris de l'homme?... La Folie est l'un des moyens qu'a l'homme de perdre sa liberté. Et je puis dire, que place à cette intersection j'ai me- suré avec effroi l'ampleur de l'aliénation des habitants de ce pays.

Si la psychiatrie est la technique medicale qui se propose de permettre à l'homme de ne plus étre étraoger à son evironnement, je me dois d'affirmer que l'Arabe, aliene permanent dans son pays, vit dans un état de dépersonnalisation absolue.

Le statut de l'Algerie? Une déshumanisation systématisée.

Or le pari absurde etait de vouloir coute que coute faire exister quelques valeurs alors que le non-droit, l'inégalité, le meurtre mul- ti-quotidien de l'homme étaient érigés en principes législatifs [45] .

La structure sociale existant en Algérie s'opposait à toute tenta- tive de remettre l'individu à la place...

... La fonction d'une structure sociale est de mettre en place des institutions traversées par le souci de l'homme. Une société qui accule ses membres à des solutions de désespoir est une société non viable, une société à remplacer.

Le devoir du citoyen est de le dire. Aucune morale profession- nelle, aucune solidari té de classe, aucun désir de laver le linge en fa- mille ne prévaut ici...

Le travailleur dans la cité doit collaborer à la manifestation sociale. Mais il faut qu'il soit convaincu de l'excellence de cette société vécue. Il arrive un moment où le silence devient mensonge...

Depuis de longs mois ma conscience est le siège de débats im- pardonnables. Et leur conclusion est la volonté de ne pas désespé- rer de l'homme, c'est-à-dire de moi-mème.

Ma décision est de ne pas assurer une responsabilité coute que coute, sous le fallacieux prétexte qu'il n'y a rien d'autre à faire.

Pour toutes ces raisons, j'ai l'honneur, Monsieur le Ministre, de vous demander de bien vouloir accepter ma démission et de mettre fin à ma mission en Algérie, avec l'assurance de ma considération distinguée.

Fanon ha potuto scegliere la rivoluzione. Noi, per evidenti ragioni obiettive, ne siamo impediti. La nostra

realtà è ancora continuare a vivere le contraddizioni del sistema che ci determina, gestendo un'istituzione che neghiamo, facendo un atto terapeutico che rifiutiamo, negando che la nostra istituzione - diventata per la nostra stessa azione un'istituzione della violenza sottile e mascherata - non continui ad essere solo funzionale al sistema; tentando di resistere alle lusinghe delle sempre nuove ideologie scientifiche in cui si tende a soffocare le contraddizioni che è nostro compito rendere sempre più esplicite; consapevoli di *ingaggiare una scommessa assurda nel voler far esistere dei valori mentre il non-diritto, l'ineguaglianza, la morte quotidiana dell'uomo sono eretti a principi legislativi*.

FRANCO BASAGLIA

Note

[1] Si trattava di una «legge quadro» che, pur inglobata nella riforma sanitaria, non è mai stata accompagnata dal piano sanitario che avrebbe dovuto definire finanziamenti, strutture, personale ecc.

[2] Nell'87 avevamo presentato al Senato, con il Gruppo della Sinistra Indipendente, il primo disegno di legge di attuazione della riforma che non arrivò mai a essere discusso. Esso tuttavia stimolò e servì di base alla stesura del progetto per la tutela della salute mentale, approvato soltanto nel '94 e solo parzialmente attuato.

[3] La registrazione è avvenutra nel'estate 1967 [N.d.R.]

[4] ERVING GOFFMANN, *Asylums*, Doubleday & Company, Garden City N.Y. 1961

[5] L'organizzazione di ripo settoriale - prevalentemente orientata e proiettata verso l'esterno - porta in sé il vantaggio di una azione profilattica piu capillare e

tempestiva. Resta comunque da dire, al riguardo, che se essa non si accompagna anche ad una contemporanea distruzione dell'ospedale psichiatrico come spazio chiuso, forzato e istituzionalizzante, la sua azione verrebbe inficiata dall'esistenza del manicomio, che continuerebbe ad agire come forza minacciosa da cui il malato deve solo fuggire per salvarsi. L'azione profilattica di un efficiente servizio di igiene mentale sarebbe certo in grado di arrestare l'ingresso in ospedale di .gran numero di malati, evitando il pericolo di una ospedalizzazione, con i rischi che essa comporta allo stato attuale dei nostri ospedali psichiatrici. Ma non si può negare che il principio della profilassi psichiatrica esterna continui a muoversi nel clima istituzionalizzante della paura del ricovero: il ricovero sarà il passo estremo cui si sarà costretti se gli altri mezzi non saranno stati in grado di risolvere precedentemente il caso. Né la creazione di strutture quali i cosiddetti «reparti aperti ,. negli ospedali psichiatrici, risolverebbe il problema, nel senso che continuerebbe a sussistere, anche in sede ospedaliera, il privilegio dei fortunati ivi ricoverati con l'impegnativa mutualistica, contrapposto ai « reparti chiusi,. in cui continuerebbero a venir immessi e bollati i «ricoverati d'ordinanza».

[6] L'esempio inglese ci sembra il pia rappresentativo per chiarire i termini del problema. Nell'ambito della National Health la psichiatria non occupa pia un posto secondario, ma il malato mentale, come qualunque altro malato, è considerato «informal people» venendo quindi integrato nel sistema medico generale. Ma, se non si può essere che d'accordo con l'impostazione generale, essa tuttavia rappresenta un grosso punto interrogativo in quanto l'integrazione al sistema può nascondere l'elusione alla problematica della malattia mentale e quindi l'illusione di eliminare una delle grosse contraddizioni della nostra realtà. Soffocare in una dolce regressione comunitaria il problema della contraddizione malata, è il rischio di alcune organizzazioni psichiatriche. Ad es. il concetto del «leaming leaving situation» o del «sensitivity training» di Maxwell Jones risulta, qualora non sia controllato da una autentica verifica comunitaria, un tentativo di integrazione aproblematica: credere che quella del «learning leaving situation» e del «sensitivity training» possa essere una tecnica risolutrice di conflitti sociali, adattabile anche a comunità di lavoratori non malati può infatti rappresentare il tentativo di una soluzione ideologica che non tiene conto di una realtà contraddittoria (ponendosi sullo stesso piano del concetto «resolving

social conflict» di Lewin). Se l'impostazione inglese è, dunque, da ritenersi da un lato eccitante perché dà al malato un ruolo attivo nel suo sell making, non sembra accettabile quando questo sell making evidenzia la tendenza all'integrazione, quindi il significato riformistico del sistema psichiatrico. Benché l'organizzazione dell'ospedale nel quale agiamo parta da presupposti analoghi a quelli inglesi, siamo ben consci del pericolo cui si può facilmente andare incontro: il senso del ruolo e del sell making del malato sono da ricercarsi nella contestazione e non nell'integrazione (FRANCA e FRANCO BASAGLIA, G. F. MINGUZZI, Exclusion, programmation et intégration, «Recherches», n. "Paris, 1967

[7] Riportata da Jurij Davydov in *Il lavoro e la libertà* , Einaudi, Torino 1966 (trad. di V. Strada).

[8] Si parla qui soprattutto degli esperimenti di comunità terapeutica realizzati in Inghilterra e nel Nord America. Esperimenti di comunità terapeutica sono in atto un po' in tutto il mondo. In *Italia* sono state impostate delle comunità terapeutiche private (Napolitani), altre in qualche «reparto aperto» di ospedali psichiatrici tradizionali. L'unico Ospedale Psichiatrico retto nella sua totalità «a comunità terapeutica» (ma il termine va assumendo significati

sempre meno decisi) è quello di Gorizia

[9] E non solo psichiatrico: le Borstal Institutions ad es. furono tentativi, attuati alla fine dell'Ottocento, di umanizzare i reclusori giovanili. Esse hanno molti punti di contatto con le comunità terapeutiche sorte in alcune prigioni inglesi e statunitensi negli ultimi anni.

[10] Cfr. R. HUNTER, One Hundred Years after fohn Conolly, «Proc. R. Soc. Med.», 60 : 8, (1967). Cfr. inoltre A. PIRELLA e D. CASAGRANDE, fohn Conolly, dalla filantropia alla psichiatria sociale, in Che cos'è la Psichiatria?, Parma 1967.

[11] Cfr. T. F. MAIN, The Hospital as a Therapeutic Institution, «Bull. Menn. Clin.», 10:66 (1946).

[12] I Cfr. al riguardo:

A. STANTON e M. SCHWARTZ, *The Mental Hospital, Basic* Books, New York1954·

M. GREENBLAT, R. YORK e E. L. BROWN, *From Custodial to Tberapeutic Care in Mental Hospitals, Russe*! Sage Foundation, New York 1955.

J. A. R. BICKFORD, *Tbe Forgotten Patient,* «Lancet», 5 novembre 1955.

D. V. MARTIN, *Institutionalisation*, «Lancet», 3 dicembre 1955.

I. BELKNAP, *Human Problems in a State Mental Hospital*, Mc Graw·Hill, New York 1956.

M. GREENBLAT, D. J. LEVINSON e L. H. WILLIAMS,

T*be Patient and tbe Mental Hospital,* The Free Press, Glencoe 1957.

W. A. CAUDILL, *Tbe Psycbiatric Hospital as a Small Society,* Harvard Universiry Press, Cambridge Mass. 1958.

R. BARTON, *Institutional Neurosis*, Wright, Bristol 1959.

E. GOFFMAN, *Asylums*, Anchor Books, New York 196r.

J. e E. CUMMING, *Ego and Milieu*, Tavistock, London 1962.

J. K. WING, *Institutionalism in Mental Hospitals,* «Brit. J. Soc. Clin. Psycho!. », I: 38-51 (1962).

A. WESSEN, *Tbe Psycbiatric Hospital as a Social System*, Thomas, Springfield Il!. 1964.

[13] Cfr. WORLD HEALTH ORGANIZATION - EXPERT COMMITTEE ON MENTAL HEALTH , 3rd. *Report*, Geneva 19.53

[14] Sul processo dell'apprendimento sociale («sociallearning,» come più importante strumento della tecnica comunitaria, Maxwell Jones nei suoi scritti piu recenti ha insistito alquanto. Secondo questa teoria la malattia mentale sarebbe intimamente legata ad un processo di deculturazione, per cui certi attributi della personalità adulta matura, come ad esempio la capacità di stare con gli altri e di interagire con essi, verrebbero persi per effetto della regressione

morbosa. La situazione terapeutica comunitaria, attutendo in qualche modo (vedi tolleranza del delirio, interpretazione invece di repressione dell'acting.out, ecc.) gli urti dell 'incontro fra l'individuo ammalato e gli altri, permetterebbe un processo di riapprendimento, di riacculturazione il cui fine ultimo è la riabilitazione e il reinserimento nel· la comunità esterna. L'uso di un termine come acculturazione (che storicamente si è realizzato come accettazione della cultura del «signore» da parte del «servo», e può essere quindi considerato equivalente a «colonizzazione») con l'insistere sulla differenza tra una cultura «sana» e una cuitura «malata », sembra riproporre in chiave sociopsichiatrica il ricupero di un fondamentale manicheismo borghese che trova proprio nella alienità che separa il malato dal sano la giustificazione della re1egazione dei «folli» fuori dal commercio sociale. È invece l'esclusione dal commercio sociale ad essere causa, e non effetto, di deculturazione: la cultura subumana dei «lungo-degenti» relegati da anni in manicomio ne è lo sbocco naturale, ma dopo gli studi sull'istituzionalizzazione abbiamo imparato che ciò ha ben poco rapporto con la malattia mentale.

[15] Risultava chiato quindi dallo studio di Rapoport che l'ostacolo contro il quale urtava l'ideologia

comunitatia nei suoi tentativi di concretizzazione era costituito soprattutto dalla necessità di mantenere l'organizzazione su una base di efficienza funzionale; in definitiva l'ideologia comunitaria doveva cedere all'ideologia organizzativa.

[16] Cfr. D. H. CLARK, Adminlstrative Psychiatry 1942-1962, «Brit. J. Psychiat», 109 : 178 (1963), per una storia dettagliata dei mutamenti istituzionali psichiatrici che hanno avuto luogo nei paesi di lingua inglese negli ultimi anni.

[17] Una delle prime comunità terapeutiche sorre in America è la comunità terapeutica di Wilmer, nel Centro psicodiagnostico della Marina di Oakland in California, la quale è stata cosi pubblicizzata (ne è stato fatto anche un film) che viene da molti considerata una specie di modello comunitario. È appena il caso di far notare che si trattava di un repatto militare (nel quale la geratchia militare veniva rispettata) con regole ben rigide, inscritte in tabelle sulle pareti di tutte le stanze, inoltre, si trattava di un reparto chiuso a chiave.

[18] Lo stesso Maxwell Jones, che nei suoi primi contributi era stato assai critico verso il potere medico, ha poi risolto il problema dei veri conflitti di potere all'interno dell 'Ospedale Psichiatrico con la teoria dell'« autorità latente» («Quando certi limiti vengono

raggiunti l'autorità latente (del leader) deve entrare in azione e fare tutti i passi necessari a che non venga minata la fiducia della comunità nelle proprie capacità di controllo »l, e nella prassi ospedaliera con una posizione di dirigismo autoritario che coagula tutta l'attività della comunità attorno alla sua figura di leader.

19 Un buon esempio di applicazione alla comunità tetapeutica delle tecniche del democratismo socio-psicologico è quello offerto da Kole e Daniels: «Le decisioni [nella comunità terapeutica] sono prese per mezzo del processo detto "reaching a consensus", raggiungete un consenso. La parola "consensus" deve essere interpretata nel senso che nessuna decisione è definitiva fino a che non è appoggiata da una sensazione generale del gruppo che una data azione è necessaria o accettabile. Il raggiungimento del consenso evita la soppressione dell'opinione di minoranza che potrebbe aver luogo se le decisioni venissero prese con un semplice voto di maggioranza. Il consenso segna spesso un cambiamento dell'atmosfera del gruppo. Di solito qualcuno che gode di prestigio fa un'affermazione che riunisce opinioni apparentemente diverse e chiarifica gli stati d'animo sottostanti; la tensione allora cade e la gente si distende, spesso ridendo e chiacchierando» .

[20] Cfr. KURT LEWIN, Resolving Social Conflicts, Harper & Bros, New York 1948. Per una intelligente critica delle teorie lewiniane cfr. l'articolo di H. S. KARIEL, Democracy unlimited: Kurt Lewin's FieldTheo'Y, «Am.]. Socio!.», 62 : 280 (r956).

[21] Cfr. ad es., per quanto riguarda l'applicazione delle tecniche di gruppo all'industria, M. s. VITELES, Motivation and Morale in Industry , W. W. Norton & Co., New York 19.13: «L'uso della partecipazione di gruppo permette una piu morbida "locomozione" verso la stessa "meta" senza la creazione di "tensioni" che possano portare a un conflitto industriale. La partecipazione alla presa di decisioni in campo industriale è generalmente considerata un'esperienza nella quale atteggiamenti favorevoli ad un dato cambiamento vengono assunti anche dai lavoratori. La possibilità di conflitto industriale viene allontanata poiché la modificazione della percezione di gruppo derivante dalla partecipazione al gruppo tende a portare la " meta " della pIoduzione piu vicino allo standard desiderato dai dirigenti. Inoltre viene diminuita "l'emotività" perché i lavoratori che interpretano il " ruolo" di pianificatori tendono a mantenere la discussione ad un livello relativamente spersonalizzato». Cfr. anche M. Olmsted: «Forse è il mondo degli affari quello che può ricevere il massimo

beneficio da una piu vasta conoscenza delle potenzialità creative connesse alla soluzione di gruppo dei problemi. «I piani e le decisioni che guidano le imprese di grandi dimensioni vengono prese in gran parte da comitati o altri organi collettivi. «A ragione o no, gli uomini d'affari e altri hanno finito col ritenere le riunioni il mezzo migliore per far si che il lavoro direttivo sia espletato. «In breve, miliardi di dollari sono impegnati negli Stati Uniti in base al presupposto che le decisioni di gruppo sono migliori, in un modo o nell'altro, di quelli individuali » (MIOIAEL s. OLMSTED, The Small Group, trad. it. *I gruppi sociali elementari*, Il Mulino, Bologna 1963, pp. 82·83).

[22] Cfr. H. MARCUSE, One-Dimensional Man. Studies on the Ideology of Advanced Industriai Society, trad. it. L'uomo a una dimensione, Einaudi, Torino 1967.

[23] Cfr. s. D. ALINSKY. *The Poor and the Powerfu*l. «International Journal of Psychiatry», voI. 4, n. 4 (ottobre 1967), p. 308.

[24] Cfr. E. BLEULER, *Trattato di psichiatria*, trad. it. di C. Mainoldi, Feltrinelli, Milano 1967: «Persino su molti malati cronici le visite hanno il potere di rendere difficile un adattamento definitivo al nuovo ambiente, che ormai dovrà costituire la loro nuova casa...» (p. 215).

[25] È significativo il fatto che mentre esiste una parola per indicare chi abita. l'ospedale (degenti) non esiste una parola che comprenda tutti coloro che interagiscono nel campo ospedaliero, anche se ne sono persone significative (degenti, medici, infermieri).

[26] Nell'ospedale di Gorizia i paganti e i mutuati vengono ricoverati nello stesso reparto in cui sono ricoverati gli «psichiatrici», soggetti alla legislazione sui malati di mente. I cosiddetti reparti neurologici o aperti negli Ospedali Psichiatrici sono da considerarsi una delle ultime mistificazioni della psichiatria nel suo confermare la differenza tra gli « schedati» e i «non schedati ».

[27] F. ENGELS, *Dell'autorità*, in MARX e ENGELS, Scritti italiani, Ed. Avanti!, Milano 1995.

[28] G. MINGUZZI, *L'alternativa al «leader»*, «Che fare», n. 2 (1967).

[29] Con questo nome viene chiamato il piccolo reparto alcolisti di cui ci si occupa in questo capitolo.

[30] Termine in uso nel Friuli- Venezia Giulia per indicare osterie private che vengono contraddistinte da una trasca. Il termine è usato spesso in ospedale per indicare il reparto alcolisti

[31] L'esperimento di Gorizia dimostra, se non altro, che un manicomio dei piu tradizionali può venir mutato radicalmente nella sua struttura senza alcuna

facilitazione di carattere legislativo, amministrativo o finanziario e senza che le condizioni sociali e psicoambientali differiscano in modo significativo da quelle della maggior parte delle province italiane. (Si può aggiungere incidentalmente che, a questo riguardo, la differenza principale fra la situazione goriziana e quella del resto dell'Italia consiste probabilmente solo nella percentuale particolarmente elevata di problemi di alcolismo: aspetto che non facilita certamente il lavoro. Quanto ai vantaggi derivanti dalla piccolezza della provincia, è indubbio che essi siano ampiamente controbilanciati da altri svantaggi particolari, fra cui in primo luogo la grave carenza di disponibilità finanziarie).

[32] È bene avvertire che nel testo che segue il termine «quadro istituzionale » viene usato in senso lato, a differenza che nel nostro scritto.

[33] JURGEN HABERMAS, Conseguenze pratiche del progresso tecnico-scientifico, «Quaderni Piacentini., VI, n. 32 (ottobre 1967), pp. 72-91 (p. 87).

[34] Cfr. E. GOFFMAN, *Asylums* cito

[35] Le due ricerche cui ci riferiamo sono quelle di w. c. CAUDILL e altri, *Social Structure and Interaction Process on a Psychiatric Ward,* «American Journal of Ortopsychiatry», 22 (1952), PP. 314-34, e quella di j. F. LOFLAND e R. A. LEJEUNE, *Initial Interaction*

of Newcomers in Alcoholics A- nonymus: A Field Experiment in Class Symbols and Socialization,« Social Problems», 8 (i960), pp. 102-11. Per un riassunto delle critiche sia tecniche sia «morali» a questi due casi estremi di «osservazione partecipante» e ad altri simili, si veda K. T. ERIKSON, *A Comment on Disguised Observation in Sociology*, «Social Problems», 14 (1967), PP- 366-73.

[36] Questa posizione (su scala più generale) è illustrata in modo esplicito da w. j. GOODE, *The Protection of the Inept*, «American Sociological Re- view», 32 (1967), PP. >19, soprattutto nell'ultimo paragrafo (significativamente intitolato: *Utilization of the inept under industrialization*).

[37] Su quest'ultimo punto cfr . D. L. PHILLIPS, Re;ection: *A Possible Consequence of Seeking Help for Mental Disorders*, «American Sociological Review,., 28 (1963), pp. 963-72.

[38] Particolarmente significativa, in questo contesto, la lettura dei «ritratti» di informatori cui è dedicato il volume a cura di J. B. Casagrande, *In the Company of Man; Twenty Portraits by Anthropologists*, New York i960 (trad. it. La ricerca antropologica, Torino 1966).

[39] *Numerosissimi* esempi *di* questo tipo (in riferimento a nativi informatori) possono leggersi nel volume citato

alla nota precedente. Nella breve introduzione premessa a questa antologia, è possibile cogliere, in tema di «neutralità», lo stesso equivoco di fondo, caratteristico di tutte le scienze sociali, che *stiamo* cercando di mostrare. Infatti, dopo aver posto in luce (p. 9) la profonda asimmetria di potere propria del rapporto tra etnologo e informatore (esso viene infatti accostato a quello tra maestro e allievo, tra datore di lavoro e prestatore di lavoro, tra *psichiatra e paziente...*), l'autore, dimenticandosi dell'esistenza di questo potere, raccomanda all'etnologo (p. 10) una posizione di equidistanza e neutralità...

[40] Di queste raccomandazioni han fatto tesoro, tra molti altri, D. J. Le- vinson e E. B. Gallagher, nella preparazione di una serie di centosedici domande da sottoporre a malati mentali ospitalizzati. Tale elenco può leggersi in appendice all'opera di questi due autori, *Vatienthood in the Mental Hospital*, Boston 1964. Ricordiamo in particolare quest'opera perché rappresenta, sotto molti aspetti, un campionario completo delle posizioni qui criticate.

[41] Mi riferisco a SEYMOUR PARKER, *Leadership Patterns in a Psychiatric Ward*, «Human Relations», 11 (19.58), pp. 287-301. La frase citata è a p. 292.

[42] Questa definizione del deviante (in un gruppo terapeutico) si legge in DOROTHY STOCK, R. M.

WHITMAN e M. A. LIEBERMAN, *The Deviant Member in Therapy Groups*, «Human Relations», n (1938), pp. 341-72, dal quale abbiamo anche preso gli esempi di «devianza» riportati nel testo.

[43] L'articolo è da ritenersi legato alle quotidiane discussioni informali con lo staff curante dell'Ospedale Psichiatrico di Gorizia, e a quelle con Gianni Scalia, Gian Franco Minguzzi e Franca Basaglia Ongaro, con la cui collaborazione è stato steso l'articolo *Dare il nome all'oppressione*, di prossima pubblicazione nella rivista «RechercheslO, Centre d'Etudes, de Recher· ches et de Formation Institutionnelles, Paris l]', I,z,-n.

[44] F. FANON, Pour la révolution aricaine, Maspéro, Paris I9.:s4.

[45] Il corsivo è nostro

CHE COS'È LA PSICHIATRIA

a cura di Franco Basaglia

«Il punto che mi pare renda di grande attualità la ristampa - ora che si chiudono i manicomi e si conferma'un diverso trattamento della sofferenza mentale - di. un volume in cui i problemi della chiusura, dell'apertura, del significato dell'istituzione, del lavoro, dei farmaci, della terapeuticità dei rapporti, del rischio della libertà del malato cpme primo elemento di riduzione del potere del medico, rimbalzano di discussione in discussione nelle assemblee di reparto, in quelle di comunità, nelle riunioni dei medici e degli infermieri, nelle analisi degli operatori che già prevedono di dover via via "distruggere l'equilibrio raggiunto per uscire da quello che può diventare un nuovo sistema chiuso"...». Dalla prefazione di Franca Ongaro Basaglia che ha curato questa ristampa trent'anni dopo di *Che cose la psichiatria?* ovvero dall'avvio dell'esperienza di Gorizia. Parole allora nuove nel mondo oscuro dove la follia stava rinchiusa, mondo soprattutto di miseria, violenza e soprusi.

Indice